



**T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**OSTOMİNİN, HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ,
DEPRESYON VE ANKSİYETE DÜZEYLERİ ÜZERİNDEKİ
ETKİLERİNİN İNCELENMESİ**

Dr. Eralp TÜRK

UZMANLIK TEZİ

BURSA-2018



**T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**OSTOMİNİN, HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ,
DEPRESYON VE ANKSİYETE DÜZEYLERİ ÜZERİNDEKİ
ETKİLERİNİN İNCELENMESİ**

Dr. Eralp TÜRK

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. Cengiz AKKAYA

BURSA-2018

İÇİNDEKİLER

Türkçe Özet.....	ii
İngilizce Özet.....	iii
Giriş ve Amaç.....	1
Stoma.....	1
Stoma ve Psikiyatrik Bozukluklar.....	3
Stoma ve Yaşam Kalitesi.....	9
Gereç ve Yöntem.....	15
Bulgular.....	21
Tartışma ve Sonuç.....	34
Kaynaklar.....	42
Ekler.....	47
Ek 1.....	47
Ek 2.....	48
Ek 3.....	51
Ek 4.....	52
Ek 5.....	53
Ek 6.....	56
Teşekkür.....	57
Özgeçmiş.....	58

ÖZET

Bu çalışmanın amacı çeşitli endikasyonlarla yapılan ostomi operasyonlarının ardından stoma ile yaşayan hastaların yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete düzeylerini karşılaştırarak sosyodemografik ve hastalık özellikleriyle ilişkisini Türkiye'deki hasta popülasyonunda ortaya çıkarmaktır.

Bu çalışmaya Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran ve/veya Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Polikliniği'nde takip edilmekte olan 52 stomalı hasta alınmıştır. Her hastaya Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Veri Formu, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Kısa Formu Türkçe Versiyonu, Stoma Yaşam Kalitesi Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri Soru Formu, Durumluluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği uygulanmıştır.

Sonuç olarak bu çalışmada ostomi ile yaşayan hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu, yaşam kalitelerinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Daha az çocuğu olan hastaların çok olanlara kıyasla, tanısı benign olan hastaların malign olanlara kıyasla, kronik benign hastalıkları olan hastaların akut benign hastalıkları olanlara kıyasla, radyoterapi almamış olan maligniteli hastaların almış olanlara kıyasla anlamlı olarak daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu belirlenmiştir. Hem Psikiyatri hem de Cerrahi hekimlerinin bu hasta grubunun ruhsal durumu ve özel ihtiyaçlarının farkında olması önemlidir.

Anahtar kelimeler: Stoma, ostomi, depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi.

SUMMARY

Analysis of Quality of Life, Anxiety and Depression Levels of Patients Who Live with a Stoma

This study aimed to compare the quality of life, depression and anxiety levels of patients who live with a stoma in Turkey to find out relationship with sociodemographic variability and clinical characteristics.

This study included 52 patients with a stoma who consult Uludağ University Medical Faculty Mental Diseases Polyclinic and/or being followed-up by Uludağ University Medical Faculty General Surgery Polyclinic. Patients were assessed on Sociodemographic and Clinic Characteristics Data Form, World Health Organization Quality of Life Scale Short Form Turkish Version, Stoma Quality of Life Scale, Beck Depression Inventory and State - Trait Anxiety Inventory.

In conclusion, patients who live with a stoma have high depression and anxiety levels and low quality of life levels. In addition, patients with less number of children in comparison to more number of children, patients with a benign diagnosis in comparison to malign diagnosis, patients with a chronic benign diagnosis in comparison to acute benign diagnosis, patients who did not get radiotherapy in comparison to who got radiotherapy have significantly lower levels of quality of life. Both Psychiatry and Surgical Sciences should be aware of mental state of these patients and their special needs.

Keywords: Stoma, ostomy, depression, anxiety, quality of life.

GİRİŞ

1. Stoma

Stomalar genellikle kalın ve ince bağırsak parçalarından oluşturulan ve karın duvarına açılan boşaltım organları olarak bilinirler. Doğuştan, edinilmiş hastalıklar ya da kazalar sonucunda bağırsak devamlılığı sağlanamadığında dışkıyı boşaltmak için stomalara ihtiyaç duyulur. Stomalı hastaların psikolojik ve duygusal problemleri ile stomanın hastalar üzerindeki olumsuz etkileri uzun zamandır tartışılmış ve rapor edilmiştir (1,2). Stoma açılan operasyonlar; kolorektal, mesane, metastatik prostat kanseri, inflamatuvar barsak hastalıkları, travma, inkontinans, konjenital bozukluklar gibi geniş bir endikasyon çeşitliliği altında yapılmaktadır (3). Stoma, hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği için stomaya olan ihtiyacın azaltılması yönündeki çalışmalar halen sürmektedir (1,4). Buna rağmen birçok hastada tümör lokalizasyonuna, operasyon tipine, gelişen komplikasyona göre ve güvenlik amacıyla halen stoma kullanılmaktadır. Almanya'da yaklaşık 100 bin kişinin stoma ile yaşamakta olduğu tahmin edilmektedir (5). Birleşik Krallık'ta 102000 kişi stoma ile yaşamakta ve yılda 21000 kişi stoma açılması için opere edilmektedir (6).

Ostomiler, operasyonun amacına ya da bölgesine uygun olarak ileum (ileostomi), kolon (kolostomi) ya da üreterden (ürostomi) yapılabilmektedir (7). Stoma klinik duruma bağlı olarak geçici ya da kalıcı olabilir ve uç ya da loop olarak açılabilir. Yerleşim ve yapım şekli fonksiyonu açısından, endikasyondan bağımsız olarak, çok önemlidir. Postoperatif parastomal herni riskini en aza indirmek için stoma rektus kasının içine oluşturulmalıdır. İdeal olarak stoma hastanın kolayca görebileceği ve manipüle edebileceği, kemer çizgisinin altında rektus kasının içinde bir konuma yerleştirilmelidir. Sıkı bir yapışma gerçekleşmesi ve sızıntı olmaması için stomayı çevreleyen abdomen dokusu mümkün olduğunca düzgün olmalıdır çünkü kötü yerleşmiş bir stoma cilt hasarı ve akıntıya yol açabilir (8).

Stomaya ihtiyacı olabilecek bir hastanın, preoperatif olarak hazırlanması enterostomal terapi (ET) hemşiresi konsültasyonunu da içerir. Preoperatif dönemde, bir ET hemşiresi tarafından stomanın lokalizasyonunun belirlenmesi, hastaya eğitim verilip bilgilendirme yapılması çok önemlidir. Preoperatif planlama; danışmanlık, eğitim ve stoma yerinin belirlenmesini kapsar. Postoperatif dönemde ET hemşiresi lokal cilt bakımına ve torba değişimine yardımcı olur. Ayrıca hastanın görme kapasitesi, sağ/sol el kullanıyor olmasına uygun planlama yapmak bu hemşirelerin görevidir. Anestezi altında ve yatar durumdaki bir hastanın anatomisi, ayakta duran ya da oturan bir hastadan çok farklı olabileceğinden; mümkünse preoperatif dönemde stomanın yeri bir dövme, cilt işareti ya da kalıcı bir boya ile işaretlenmelidir (8).

1.a. İleostomi

Geçici ileostomi çoğunlukla kaçak riskine karşı (rektumun alt kısmında, radyasyona maruz kalmış alanda, immunsuprese ya da malnütrüsyonu olan hastalarda ve kimi acil operasyonlarda) bir anastomozu korumak için yapılır. Bu durumda stoma çoğunlukla loop ileostomi şeklinde oluşturulur. Distal ileumun bir segmenti karın duvarındaki defektten loop şeklinde dışarı alınır. Kalıcı ileostomi total proktokolektomi sonrasında veya obstrüksiyon olan hastalarda gerekli olabilir. Kalıcı ileostomi için uç ileostomi tercih edilir. İnce bağırsağın sonu karın duvarındaki defektten dışarı alınıp olgunlaştırılır (8).

İleostomiye bağlı karşılaşılan komplikasyonlar seyrek değildir. Stoma nekrozu erken postoperatif dönemde görülebilir. Erken ya da geç dönem stoma retraksiyonu oluşabilir ve bu risk obezite ile ilişkili bulunmuştur. İleostomi oluşturulması kolonun su absorpsiyon kapasitesini azalttığından dehidratasyon ve elektrolit dengesizlikleri görülebilir. Cilt irritasyonları özellikle stoma ağzı iyi yerleşmezse sık görülür. İntraabdominal ya da fasyadan çıkış noktasında obstrüksiyonlar oluşabilir. Parastomal herniler ileostomilerde kolostomilere kıyasla daha seyrek görülür (8).

1.b. Kolostomi

Kolostomilerin çoğu, loop kolostomiden ziyade uç kolostomi olarak yapılır. Kolonun büyüklüğü loop kolostomi uygulaması açısından zordur ve prolapsa

zemin hazırlamaktadır. Kolostomilerin çoğunluğu sol kolondan ve abdomen duvarında bir defekt oluşturulup kolonun sonu buradan dışarı açılarak yapılır. Kolostomi kapatılırken karın duvarından serbestleştirilerek uç uca anastomoz yapılır ve çoğunlukla laparotomi gerektirir (8).

Kolostomilerde de ileostomilere benzer olası komplikasyonlar mevcuttur. Bozulmuş vasküler desteğe bağlı oluşan kolostomi nekrozu erken postoperatif dönemde görülebilir. Retraksiyon görülebilir ancak ileostomilerde olduğundan daha az sorun yaratır çünkü dışkının ileum içeriğine kıyasla cilt irritasyon potansiyeli daha düşüktür. Obstrüksiyon seyrek ancak görülebilir. Kolostominin en sık geç komplikasyonu parastomal hernidir ve semptomatik ise tamir gerektirir. Prolaps çok seyrek görülür, dehidratasyon ve cilt irritasyonu da ileostomilere kıyasla daha seyrek (8).

2. Stoma ve Psikiyatrik Bozukluklar

Gastrointestinal stoma sahip hastalarda genel popülasyona kıyasla psikolojik bozuklukların hızının 4 kat fazla olduğu, depresyon ve anksiyete düzeylerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Stoma sahip olmanın yaşam kalitesinde düşme, azalmış özgüven ve libido; artmış irritabilite, yalnızlık ve intihar düşüncesi ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Stomalı bireylerde durumun sosyal etkisi sadece sosyal izolasyon açısından değil, aynı zamanda iş planları ve seyahat açısından da zorlayıcı olabilmektedir. Cilt irritasyonu ve sızıntı da dahil olmak üzere tüm bunlar stoma ilişkili problemler olarak değerlendirilebilir (9).

Ostomili bireylerde, ostomi ile yalnız baş etmedeki beceri eksikliği nedeni ile ya da stomal/peristomal komplikasyonlar diyebileceğimiz; peristomal nemliliğe bağlı cilt hasarı, sızıntı ve akıntılar, kötü kokular, uyumakta zorluk, fiziksel egzersizdeki ve cinsel aktivitedeki değişimler nedeniyle fiziksel işlevsellik bozulmuş olabilir (10,11). Nichols, (12) ostomili bireylerin ruh sağlığı, canlılık, sosyal işlevsellik, emosyonel roller açısından genel popülasyona kıyasla daha bozuk işlevlere sahip olduğunu göstermiştir. Ayrıca sistematik bir gözden geçirme çalışmasında, seksüel problemler,

depresyon semptomları, gaz, kabızlık, görünümünden hoşnut olmama, kıyafet değiştirme ve seyahat güçlükleri, yorgun hissetme, çıkan sesler hakkında endişeler gibi ostomi ilişkili problemlerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini olumsuz etkilediği ortaya çıkmıştır (13).

Ostomili bireylerin genel popülasyona kıyasla psikolojik bozukluklar ve daha ağır depresyon yaşama riskinin yüksek olduğu tespit edilmiştir (14). Bu bireylerde artmış yalnızlık hissi (15), azalmış özgüven (15,16), cinsel istekte azalma (16), irritabilite (17), intihar düşünceleri (18), daha bozuk beden imgesi (16,19) ve hem genelleşmiş anksiyete bozukluğu hem de sosyal anksiyete bozukluğu semptomlarının daha sık gözlemlendiği tespit edilmiştir (15,17,20). Ostomi ile yaşamak sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinde düşme (1,21), daha ağır sosyal kısıtlanma ile iş hayatı ve seyahatte ketlenmelerle (1,22) ilişkili bulunmuştur.

Ostomi operasyonu hem erkeklerde hem de kadınlarda erektil disfonksiyon ve disparoni gibi cinsel işlev bozukluklarına yol açabilir (23,24). Beden imgesi bozukluğunun ötesinde, cinsel ilişki esnasında gelen kötü kokular gibi engeller de söz konusu olmaktadır (1,25,26).

Kolostomili hastaların %18-26'sında, operasyon sonrası ilk 3 ayda psikolojik belirtiler olduğu tespit edilmiştir (18). En sık görülenler anksiyöz ya da depresif mizaçlı uyum bozuklukları, major depresif bozukluk, panik bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu ve genelleşmiş anksiyete bozukluğudur (27). 500'ün üzerinde kanser hastası ile yapılmış bir çalışmada, kolostomi açılması sonrasında hastaların %50'si kendini depresif hissettiğini ifade etmiş, %10'u ise suisid düşüncesi olduğunu belirtmiş ya da suisid girişiminde bulunmuştur (28,29).

Blumenfield ve Tiamson 2003 yılında yaptıkları bir çalışmada bu açıdan ostomi hastalarında ortaya çıkan tepkilerin beden bütünlüğünün bozulduğu ampütasyon gibi durumlarda gelişebilecek tepkilerle benzerlik gösterdiğini ileri sürmüşlerdir (30).

Gervaz ve ark. (4) göre, abdominoperineal rezeksiyon operasyonu geçirmiş ve kalıcı stoması olan hastaların 1 yıl sonunda genel yaşam kaliteleri düzelmiş ancak beden imgesi ve stoma ilişkili problemleri sadece

kısmen düzelmiştir. Bu durum, operasyona bağlı ağrı ve halsizlik gibi fiziksel problemlerin düzelmesinden sonra dahi stomanın olumsuz etkilerinin azalmadığı anlamına geliyor. Diğer taraftan Tsunoda ve ark. (31) kolektomi beraberinde geçici ileostomi açılması operasyonu geçiren hastaların yaşam kalitesi üzerine yaptığı çalışmada; geçici ileostomili hastaların fiziksel işlevselliğinin, günlük aktivitelerini yerine getirme yetisinin ve yaşam kalitesinin kötüleştiğini bildirmişlerdir. Stomanın kapatılması sonrasında ise genel yaşam kalitesinin yükseldiği görülmüştür. Engel ve ark. (32) stomalı hastalarda günlük aktivitelerini yerine getirme yetisinin bozulduğu ve duygusal dışavurumun azaldığı ancak stoma kapatılmasının ardından bu skalaların düzeldiğini bildirmişlerdir.

Stomaya uyum sağlama ile ilişkili bulunmuş olan birçok faktör vardır. Yaş ve cinsiyet gibi demografik faktörler (16,33,34); stoma türü (33), primer hastalık (35), ostomi operasyonu sonrası geçmiş olan süre (34,35), mevcut sağlık durumu (34) gibi klinik değişkenler; stoma ilişkili öz yeterlik (36,37) ve başaçıkma becerisi gibi psikolojik değişkenler bunlardan birkaçıdır (35,38).

2009 yılında yayınlanan, rektum kanseri tanılı hastalarla çalışan, sürekli kaygının sağlıklı ilişkili yaşam kalitesi ve post-travmatik stres belirtileri üzerine etkisini araştıran bir çalışma mevcuttur. Toplam 80 hastanın %56,20'sini erkeklerin oluşturduğu, ortalama yaşın $67,5 \pm 12,0$ olduğu, hastalardan 19'unun (%23,8) stoma ile yaşadığı tespit edilmiştir. Durumluluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği'nin de ölçüm aracı olarak kullanıldığı bu çalışmada, yüksek sürekli kaygı düzeylerinin yaşam kalitesi (FACT-G - Functional Assessment of Cancer Therapy: General) (FACT-G, odds ratio:1,8, p:0.0007) (FACT-C - Functional Assessment of Cancer Therapy-Colorectal cancer) (FACT-C, odds oranı:1,6, p:0,0044), post travmatik stres belirtilerinin yoğunluğu (Impact of Event Scale - Revised) (IES-R total, odds oranı:1,35, p:0,04) ve diğer tüm alt değişkenler açısından daha kötü skorlarla ilişkili olduğu bulunmuştur. Erkek hastaların sosyal işlevsellik açısından daha olumsuz sonuçlara sahip olduğu, gastrointestinal işlevlerle ilgili problemlerin stoma ile geçen süre uzadıkça azalma gösterdiği saptanmıştır (39).

2014 yılında yayınlanan; stomalı hastalarda sağlık durumu, hastalık algısı, başetme stratejileri ve psikolojik morbiditenin araştırıldığı bir çalışma mevcuttur. Hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin ölçülmesi için Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği' nin kullanıldığı çalışma 96'sı kadın ve ortalama yaşları 44,97 olan 150 hastayla yürütülmüştür. Çoğunluğu evli (%57,3), köken olarak Avrupalı (%60), ülseratif kolit tanılı (%34,7) ve kolostomilidir (%72,6). Bulgulara göre operasyondan sonra geçen süre uzadıkça hastaların depresyon ve anksiyete düzeyleri düşmektedir ($p<0,010$). Ayrıca anksiyete ve depresyon seviyelerinin düşük olmasının, sağlık durumu, sağlık algısı, uygun başetme becerisi ve stoma ile başetme becerisi açısından istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,010$) olumlu etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Çalışmanın sonuç bölümünde, ostomili hastalara psikolojik tedavi düzenlerken bireysel başetme stratejilerinin değiştirilmeye çalışılmasındansa, uygunsuz hastalık algılarının tespit edilmesinin, anksiyete ve depresyon seviyelerinin düşürülmesinde etkin bir yöntem olabileceği önerilmiştir (40).

2011 yılında yayınlanan, Avusturalya popülasyonunda stoması olan ve olmayan kolorektal kanser hastalarında beden imgesi bozukluğu ve sıkıntı düzeylerini araştıran bir çalışmada, hastalar ameliyat sonrası ilk 9 hafta içinde değerlendirilip takibe alınmıştır. Örneklem 25'i stomalı, 54'ü stomasız olmak üzere 79 kişiden oluşmuştur. Her iki grupta yaş ortalamaları ve cinsiyet oranları benzer olarak düzenlenmiştir. Hastaların her birine Hastane Depresyon ve Anksiyete Ölçeği, Distress Thermometer ve Beden İmgesi Ölçeği uygulanmıştır. Testler adjuvan/neoadjuvan tedavinin bitiminde veya benzer süre sonra tekrarlanmıştır. Başlangıç testinde, stomalı hastalarda stomalı olmayanlara kıyasla anlamlı düzeyde ($p=0,001$) daha fazla beden imgesi bozukluğu saptanmıştır. Bu iki grubun anksiyete, depresyon ve genel sıkıntı düzeylerinde başlangıçta fark saptanmamıştır. İkinci değerlendirmede beden imgesi bozukluğu ($p<0,0005$) stomalı hastaların aleyhine olmuştur, ayrıca yine stomalı hastaların aleyhine ($p=0,020$) daha yüksek anksiyete skorları saptanmıştır. Genel sıkıntı ve depresyon düzeyleri arasında ise fark saptanmamıştır. İkinci değerlendirmede stomalı olanların, birinci

değerlendirmede stomalı olanlara kıyasla anlamlı düzeyde daha kötü beden imgesine sahip olduğu saptanmıştır. Stoması ilk değerlendirmeden sonra yani daha geç açılmış olanların depresyon seviyelerinin en yüksek olduğu saptanmıştır, bu grubu sırasıyla başlangıçta stoması olup sonra kapatılanlar, halen stomalı olanlar ve hiç stoma ile yaşamayanlar takip etmiştir. İlk değerlendirmenin çoklu regresyon analizlerinde stoma depresyonu ve anksiyeteyi yordamazken, beden imgesi bozukluğunun anlamlı olarak depresyonu ($p<0,0005$) ve anksiyeteyi ($p<0,0005$) yordadığı saptanmıştır (41).

Güney Kore popülasyonunda, stomalı hastaların öz değerlendirme tutumlarına stoma ile yaşam süresinin etkisini araştıran prospektif gözlem çalışması 2014 yılında yayınlanmıştır. Beden İmgesi Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri ve Özgüven Ölçeği'nin kullanıldığı çalışmaya 65 hasta dahil edilmiş, geçici ($n=42$) ve kalıcı ($n=23$) stoması olanlar ayrı ayrı gruplanarak prospektif olarak izlenmiştir. Geçici ve kalıcı stomalı hastaların skorlarında her üç ölçekte farklılık saptanmamıştır. Buna rağmen kalıcı stoması olan hastaların aleyhine, ölçeklerin bazı sorularında daha kötü beden imgesi ve daha düşük özgüvenle ilişkili anlamlı farklılık saptanmıştır (42).

Reese ve ark. tarafından 2014 yılında yayınlanan, kolorektal kanser hastalarının ostomi durumuna göre depresif belirtilerini, beden imgesini ve cinsellikle ilişkili sorunlarını araştıran çalışmaya 141 hasta (18 geçmişte ostomili, 25 halen ostomili, 98 hiç ostomi açılmamış) dahil edilmiştir. Hastalara, Female Sexual Function Index, International Index of Erectile Function, Body Image Scale, Center for Epidemiologic Studies Depression Scale-Short Form ölçekleri uygulanarak cinsel işlevleri, depresyon düzeyleri ve beden imgeleri ile ilgili bilgi toplanmıştır. Hastaların çoğunun cinsel işlevinin belirlenmiş sınırın üzerinde disfonksiyonel aralıkta olduğu saptanmıştır. Analizler demografik ve medikal değişkenlere ve depresyona göre ayarlandığında, ostomi durumuna göre cinsel işlevde, kadın cinsel işlevinde ve beden imgesinde anlamlı düzeyde grup farklılıkları gözlenmiştir. Halen ostomili olan ve geçmişte ostomili olan gruplar, hiç ostomili olmayanlara göre daha kötü cinsel işleve ve kadın cinsel işlevine sahiptir.

Halen ostomili olan grup, hiç ostomili olmamış gruba göre anlamlı düzeyde daha kötü beden imgesine sahiptir. Gruplar arasında erkek cinsel işlevi, erkek erektil işlevi ve depresif belirtiler açısından fark tespit edilmemiştir (43).

Yılmaz ve ark. tarafından 2017 yılında yayınlanan, Türkiye'nin batısında yaşayan, en az 4 aydır kolostomi ile yaşayan hasta popülasyonu ile yürütülen, 57 hasta ile çalışılmış olan, deskriptif kesitsel bir çalışmada ostomili hastaların cinsel işlev ve yaşam kalitesi düzeyleri araştırılmıştır. Hastaların %57,92 sinin 60 yaşından büyük ($59,81 \pm 10,12$) olduğu, yarından fazlasını (%57,92) erkeklerin oluşturduğu, %33 hastanın kalıcı stomasının olduğu, ortalama stoma ile yaşam süresinin $9,6 \pm 6,4$ ay olarak tespit edildiği çalışma grubuna Erektile Fonksiyon Ölçeği, Kadın Cinsel İşlev Ölçeği ve Stoma Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulanmıştır. Her üç ölçeğin sonuçları da düşük bulunmuştur. 33 erkek hastanın 18'inde (%54,5) ağır, 5'inde (%15,2) orta, ve 9'unda (%27,3) hafif düzeyde erektil disfonksiyonu tespit edilmiştir. Kadın hastalarının tümünün cinsel işlev ölçek puanları 30'un altındadır, bu sonuç tüm kadınlarda cinsel disfonksiyon olduğunu göstermektedir (44).

Üstündağ ve ark. tarafından 2007 yılında yayınlanan ve stomalı hastalarda beden imajı ve benlik saygısının araştırıldığı çalışmaya 45 kolostomili hasta alınmıştır. Tüm olguların beden imgesi puan ortalaması $147,5 \pm 22$ ve benlik saygısı puan ortalaması $69,8 \pm 16$ 'dır. Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde anlamlı fark saptanmamasına rağmen erkek hastaların beden imgesi ve benlik saygısı ortalama puanları kadınlara göre yüksek bulunmuştur. Öğrenim düzeyi yüksek olan hastalarda benlik saygısının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (45).

Kılıç ve ark. tarafından 2007 yılında yayınlanan, kalıcı ostomi ameliyatının sonuçlarının Beden Algısı, Benlik Saygısı, Çiftler Uyum Ölçeği ve Glombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği kullanılarak araştırıldığı çalışmaya katılan 52 hastaya SCID-1 uygulandıktan sonra psikiyatrik tanı almayan 40 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. 20 kişilik bir kontrol grubu oluşturulmuştur. Ostomi hastaları kontrol grubu ile karşılaştırıldığında her üç ölçekte daha düşük puan elde ettikleri görülmüştür. Glombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği

sonuçlarına göre empotans ve erken boşalma hariç diğer tüm alanlarda bozulma tespit edilmiştir. Kadınlarda erkeklere kıyasla beden algısı, cinsel işlevlerden ise dokunma, kaçınma, iletişim, sıklık öğelerinin daha fazla bozulmuş olduğu saptanmıştır. Çocuklukta anne babadan ayrı kalma öyküsü olan hastaların benlik saygılarının daha düşük olduğu, daha sıklıkla cinsel kaçınma bildirdikleri tespit edilmiştir. Ostomi operasyonu sonrasında geçen sürenin uzaması ile erkek hastalardaki empotans sıklığında azalma olduğu tespit edilmiştir (16).

3. Stoma ve Yaşam Kalitesi

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi karmaşık bir konsept olup sosyal, fiziksel, ruhsal ve fizyolojik iyilik halini işaret eder ve şöyle ifade edilir: “Bir kişinin yaşamıyla ilgili iyilik hali ve memnuniyet seviyesinin hastalıklar, kazalar ve tedaviler tarafından ne kadar etkilendiğidir.” (18,46). Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, kanser ve kanser dışı çeşitli hastalıklarda farklı tedavi sonuçlarını ölçmek için oluşturulmuş bir kavramdır.

Bu konuyla ilgili veriler spesifik sorulara hastaların verdiği cevaplar ile toplanır (27,28). EQ-5D (47), SF-36 (48), WHOQOL (49) gibi kimi yaşam kalitesi enstümanları yaşam kalitesinin genel özelliklerini ölçerler. Ancak hastalığa spesifik ya da tedaviye spesifik anketleri olan, kronik süreçlerde ve özel hasta popülasyonlarında daha detaylı bilgi sağlayan yaşam kalitesi ölçekleri de mevcuttur. Sağlığa bağlı yaşam kalitesini değerlendiren ölçekleri birbiriyle karşılaştıran pek çok çalışmada, hastalığa spesifik, tedaviye spesifik ya da hedefe yönelik anketlerin hem daha verimli hem de hastaların bakımı için daha kullanışlı veriler sağladığı ve değişime daha duyarlı oldukları belirlenmiştir (50,51). Ayrıca cevapları açık uçlu olan, kalitatif sorular yönelmenin, hastanın kendi perspektifinden daha içsel cevaplar vermesini sağlayarak, standart kantitatif değerlendirmeleri zenginleştirebileceği düşünülmektedir (52).

Cochrane Database of Systematic Reviews’de 2005 yılında yayınlanan ve rektum kanseri operasyonu sonrası yaşam kalitesi düzeyini

araştıran bir meta analizde; mevcut çalışmaların ostomili ya da ostomisiz hastaların daha iyi bir gidişe sahip olduğuna dair bir sonuca varmak için yeterli istatistiksel gücü olmadığı tespit edilmiştir. Araştırmacılar; iyi dizayn edilmiş metodlarla ve daha geniş popülasyonda yapılacak prospektif çalışmalara ihtiyaç olduğu yorumunda bulunmuştur (53).

Hastaların ortalama yaşları ($44,12 \pm 12,83$), çoğu erkek (%58,33), evli (%87,5), kalıcı stoma oranı (%60,42) ve kolostomi oranı (%68,75) olan 96 hasta ile Mısır'da yapılan ve 2017 yılında yayınlanan bir çalışmada, tüm hastaların stomaya dair en az bir yakınmada bulunduğu görülmüştür. Sırasıyla, stomayı boşaltma esnasında gizliliğin sağlanamaması endişesi, sızıntı problemleri, giyimlerini yeniden düzenleme sorunu, lokal cilt irritasyonu, rahatsız edici koku ve/veya barsak sesleri ile sosyal aktivitelere katılmaktaki zorluklar bu yakınmaların başını çekmiştir. SF-36 yaşam kalitesi formunun kullanıldığı bu çalışmada, yaşam kalitesi formunun alt skalaların çoğunluğunda ($49,55 \pm 31,59$ ve $59,54 \pm 30$ arasında) ciddi düzeyde düşük puanlar saptanmıştır. Geçici stoması olan hastalarla karşılaştırıldığında kalıcı stoması olan hastaların anlamlı düzeyde daha yüksek fiziksel işlevsellik skoruna sahip olduğu tespit edilmiştir ($38,76 \pm 33,30$ vs. $70,92 \pm 35,59$; $p < 0,05$). Travma nedeniyle stoma ile açılan hastaların, inflamatuvar bağırsak hastalıkları ya da kolon kanseri sebebiyle stoma açılan hastalara kıyasla genel sağlık skalası skorlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla $61,6 \pm 31,75$; $57,14 \pm 26,26$ ve $46,55 \pm 30,85$ $p < 0,05$). Aynı çalışmanın yazarı; stomalı hastaları daha iyi anlayabilmek için, ostomili hastalara spesifik yaşam kalitesi ölçekleri ile yapılacak daha ileri çalışmalara ihtiyaç olduğunu belirtmiştir. Bu çalışma ile hasta grubunun yaşam kalitesinin iyi olmadığı, perioperatif danışmanlığın ve konuda uzmanlaşmış hemşirelik hizmetlerinin geliştirilmesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır (54).

2009 yılında yayınlanan, rektum kanseri tanılı hastalarla çalışan, yaşam kalitesi ölçeği olarak FACT-C kullanan diğer bir çalışmada, hastaların ortalama skorlarına karşılık sağlıklı toplum gönüllülerinin ortalama skorları sırasıyla fiziksel iyilik (20,5 vs. 19,8); sosyal iyilik hali (22,9 vs. 20,3); duygusal iyilik hali (20,5 vs. 19,8) olarak tespit edilmiştir. Post operatif 2-5

yıllık dönemde olan geçirilmiş rektum kanseri hastalarının bu skorları oldukça olumlu bulunmuştur. Bu hastaların yarısında IES-R ölçeği sıfır olarak değerlendirilmiş olup, bu sonuç hiçbir post travmatik stres belirtilerinin bulunmadığı yönünde değerlendirilmiştir. Bunun yanında kötü gidişata sahip birçok hasta da tespit edilmiş olup, yaşam kalitesi skorlarındaki düşüklük ve post travmatik stres belirtilerinde fazlalık olan bu bireyler incelendiğinde 2 tutarlı ilişki ortaya çıkmıştır. Bunlardan ilki yüksek “sürekli kaygı” seviyesinin hem düşük yaşam kalitesi skorları hem de yüksek post travmatik stres belirtileri ile ilişkili olduğudur ($p<0,0001$). İkinci olarak ise fekal inkontinansın düzeyi ile, hem FACT-C ölçeği skorları, hem de duygusal iyilik hali alt skalasının ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Diğer taraftan kolostomi varlığının ise hiçbir modele girmediği görülmüştür. İnkontinansın kontrolsüz ve kronik bir stresör olarak yaşam içinde yer tutması, kolostominin ise tecrübe ile beceri elde edilebilen bir durum olması bu sonuca neden olabilir yorumu yapılmıştır. Çalışmanın tartışma bölümünde, uzun dönem sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin artırılması için inkontinans olasılığının ve olması halinde ağırlığının azaltılması için uygun tekniklerin bulunup uygulanmasının önemine dikkat çekilmiştir. (39)

2017 yılında yayınlanan, Türkiye'nin batısında yaşayan, en az 4 aydır kolostomi ile yaşayan hasta popülasyonu ile yürütülen, 57 hasta ile çalışılmış olan, deskriptif kesitsel bir çalışmada Stoma Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır. Hastaların %57,92 sinin 60 yaşından büyük ($59,81 \pm 10,12$) olduğu, yarıdan fazlasını (%57,92) erkeklerin oluşturduğu, %33 hastanın kalıcı stomasının olduğu, ortalama stoma ile yaşam süresinin $9,6 \pm 6,4$ ay olarak tespit edildiği bu popülasyonda stoma yaşam kalitesi ölçeğinin iş/sosyal yaşam alt skoru en yüksek ($47,00 \pm 23,66$) olarak tespit edilmişken, cinsellik/beden imgesi ($43,86 \pm 17,42$) alt skalası skorları en düşük olarak bulunmuştur. Ayrıca her 3 alt skalada da skorlar oldukça düşük bulunmuş, hasta yaşı ile cinsellik/beden imgesi alt skorları arasında negatif korelasyon ($r_s = -0,474$, $p<0,01$) tespit edilmiştir. Bağımsız değişkenler ile stoma yaşam kalitesi ölçeği ve alt skalalarının skorları arasındaki ilişki karşılaştırıldığında; stoma tipindeki farklılık, toplam stoma yaşam kalitesi skoru ve cinsellik/beden

imgesi alt skalası skorları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Geçici stomalı hastaların SYKÖ medyan skorları, kalıcı stoma ile yaşayan hastalardan yüksek bulunmuştur. Bunun nedeninin çalışma hastalarının stoma ile yaşamlarının ilk 1 yılındaki hasta popülasyonu ile çalışılmış olması olabileceği yorumunda bulunulmuştur. Stomanın günlük yaşamdaki etkisi ile SYKÖ'nin tüm alt skalaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) bulunmuştur (44).

2014 yılında yayınlanan, Brezilya'da yürütülmüş olan, deskriptif, analitik ve prospektif bir çalışmada Flanagan Quality of Life Scale kullanılmış olup, 70 stomalı hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların çoğu 60 yaşından büyük, erkek cinsiyetli, emekli, aylık geliri asgari ücretin 1-3 katı kadar olan ve destek gruplarına katılanlardan oluşmuştur. Hastalardan 21 kişi (%30) okuma yazma bilmiyor ve 19 kişinin (%25,1) yalnızca okuma yazması vardır. En sık tanı neoplazi, en sık ostomi tipi de kolostomi olarak görülmüştür. Hastaların çoğuna stoma açılacağı hakkında ön bilgi verilmemiş olduğu tespit edilmiştir. Stoma komplikasyonlarına bakıldığında, 34 hastada dermatit (%48,6), 14 hastada retraksiyon (%20), 13 (%18,6) hastada prolapsus saptanmıştır. Hastaların ortalama FQLS skorları 26,16 olarak saptanmış olup bu sonuç stomalı hastaların düşük yaşam kalitesine işaret etmiştir. Çoğu hasta 16-22 arasında FQLS skorlarına sahiptir, bu da hastalardaki yaşam kalitesindeki değişimi göstermektedir. Çalışmanın sonuç bölümünde hastaların düşük özgüven ve düşük yaşam kalitesine sahip olduğunun tespit edildiği bildirilmiştir (55).

2009 yılında yayınlanmış A.B.D.'de, stoma ile yaşayan emekli askerlerle yapılan bir araştırmada City of Hope Quality of Life Questionnaire kullanılmış ve açık uçlu bir soru da içeren, kalitatif bir çalışma da bulunmaktadır. Ortalama yaşları ($68,8 \pm 12,4$) olan hastaların %5,5'i kadındır. 467 kişiye açık uçlu soru yöneltilmiş, %51 (239 kişi) cevap oranı elde edilmiştir. 239 hastadan %68'i ($n=163$) tüm anketi doldurarak geri dönüş yapmıştır. "Stomanın yaşamınızda yarattığı en büyük zorluk nedir?" açık uçlu sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde, COH modeline göre var olan fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal iyilik hali şeklindeki 4 alt skalaya ek olarak

medikal tedavi ve ostomiye spesifik durumlar diye adlandırılan 2 alt skala oluşmuştur. En sık ifade edilen zorluk sosyal alt skalada (%26) olurken, 2. Sırada psikolojik alt skala (%24) yer almıştır. Çalışmanın tartışma bölümünde, büyük bir örneklem grubunun açık uçlu sorularla geniş bir cevap verme alanına sahip olduğu, bu sayede anketle kısıtlanmadan kendilerini daha iyi ifade etmiş oldukları yorumunda bulunulmuştur. Açık uçlu sorunun; hastaların kendi evlerinde, mahremiyetine uygun, güvende hissettikleri bir ortamda ve süre kısıtlaması olmadan kendilerini ifade etmelerinin sağlanmasının daha etkili kalitatif veri toplanmasını sağladığını belirtmiştir. Tartışma bölümünde hastaların yaşam kalitesindeki düşmeye dikkat çekilerek, başetme stratejileri, yaşamın normalize edilmesi, kabul etme gibi yöntemlerin hastalara destek olabileceği belirtilmiştir (22).

Çalışmamızda hipotezimiz; kadınların erkeklerden, yaşlıların gençlerden, bekar ve dulların evlilerden, kardeş sayısı az olanların çok olanlardan, çocuk sayısı az olanların çok olanlardan, düşük eğitilmiş olanların yüksek eğitimlilerden, çalışmayanların çalışanlardan, gelir düzeyi düşük olanların yüksek olanlardan, malignitesi olan hastaların benign hastalıkları olanlardan, rektum kanseri tanılı hastaların kolon kanseri tanılı hastalardan, kronik benign hastalığı olanların akut benign hastalığı olanlardan, kalıcı stoması olanların geçici olanlardan, ileostomisi olanların kolostomisi olanlardan, acil opere olan hastaların elektif olanlardan, kısa süreli stoması olanların daha uzun süreli olanlardan, kemoterapi ve/veya radyoterapi almış malignitesi olan hastaların almamış olanlardan, tek operasyon geçirmiş olanların birden çok operasyon geçirmiş olanlardan, psikiyatrik tedavi almakta olanların almıyor olanlardan, depresyon ve anksiyete seviyelerinin daha yüksek, yaşam kalitesi seviyelerinin ise daha düşük olacaktır.

Hipotezimizi bu biçimde kurma nedenimiz; kadınların erkeklere kıyasla duygudurum ve anksiyete bozukluklarına daha yatkın olmaları (45), evliliğin birçok psikiyatrik hastalıkta daha iyi prognozla ilişkili olduğu, ileri yaş ile cinsellik ve beden imgesinin de etkilenmesi sonucu olmak üzere yaşam kalitesinin düştüğü (44), çok kardeşli ve/veya çok çocuklu geniş ailelerde sosyal desteğin daha iyi olabileceği, eğitim ve gelir düzeyinin artması ile

hastaların başetme gücünün artıyor olması (40,45), çalışıyor olmanın daha yüksek işlevsellik seviyesine işaret ediyor olabileceği, stoma süresinin uzaması ile hastaların becerilerinin arttığı (39,54), ömürboyu kalıcı stoma ile yaşamamanın daha zorlayıcı olacağı ve stomanın kapatılması sonrasında yaşam kalitesinin yükseldiği (4,31,41), acil opere olan hastaların elektif olanlara kıyasla fiziksel ve ruhsal hazırlıktan yoksun olabileceği (8), ileostominin bakımının kolostomiye göre daha zor olduğu (8), malign hastalıklar ile bunların tedavi sürecindeki kemoterapi, radyoterapi gibi tedavilerin ve yan etkilerinin zorlayıcılığı (54), kronik hastalıkların akut hastalıklara kıyasla daha çok yetiyitimine neden olabileceği (54), geçirilen operasyon sayısının artması ile komplikasyonların ve yetiyitiminin artıp hasta işlevselliğinin azalabileceği, psikiyatrik tedaviye başvurmuş olanların halihazırda daha yüksek anksiyete ve depresyon skorlarına sahip olabileceğidir (39).

Çalışmamızda, Türkiye'deki hasta popülasyonunda ostominin, hastaların yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete düzeyleri üzerindeki etkilerinin saptanıp, sosyodemografik değişkenler ve hastalık özellikleriyle ilişkisini ortaya çıkararak, elde edilen bulgularla stoma ile yaşayan hastaların olası psikiyatrik sorunları için öngörüde bulunabilmek ve yeni araştırmalara öncü olabilmek amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

1. Olgular:

Çalışma grubu, 18.12.2017 - 18.08.2018 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine başvurmuş ve/veya Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı polikliniğinde takip edilmiş olan kişiler arasından seçilmiştir. Bu kişiler arasından ileostomi, kolostomi ve/veya ürostomisi olan 52 kişi (20 kadın, 32 erkek) ile çalışma grubu oluşturulmuştur. Çalışmada sağlıklı kontrol grubu oluşturulmamıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm gönüllüler, araştırmanın amacı ve süreci ile ilgili sözel olarak ve yazılı materyal (Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'nca onaylanmış olan "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Anket Araştırmaları İçin)" ile bilgilendirilerek onamları alınmıştır. Çalışma ile ilgili etik kurul onayı 21.11.2017 tarihinde 2017-17/19 karar numarası ile alınmıştır.

2. Çalışmaya Dahil Edilme Ölçütleri:

Çalışma grubu, 18-65 yaş arasında, en az 1 ay süredir ostomisi olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden kişiler arasından seçilmiştir.

3. Çalışmadan Dışlama Ölçütleri:

Ölçeklerin uygulanmasına engel bir durumu bulunanlar (okuma - yazma bilmeyenler), organik beyin patolojisi ve nörolojik hastalık öyküsü olanlar, zeka geriliği olanlar, işlevselliğini bozacak diğer tıbbi ya da ruhsal hastalığı olanlar ve çalışmaya katılmak istemeyen kişiler çalışmaya dahil edilmemiştir.

4. Çalışma Akış Şeması:

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine başvuran ve/veya Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi polikliniğinde takip edilen olgular arasından, en az 1 ay süredir ostomisi olanlar rutin kontrol muayenesi sonrası çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan ve dışlama ölçütlerine uymayan hastalardan sözel ve yazılı onam alınmıştır. Aynı gün içerisinde, hastalar kesitsel olarak bir kez değerlendirilerek ölçekler uygulanmıştır.

5. Uygulanan Form ve Ölçekler:

Çalışmaya katılan tüm hastaların psikiyatrik muayenesinin ardından, sosyodemografik ve klinik bilgileri, bu çalışma için oluşturulmuş olan Sosyodemografik Ve Klinik Özellikler Veri Formu (Ek-1) doldurularak alınmıştır. Ardından tüm hastalar Beck Depresyon Ölçeği (BECK-D) (Ek-2), Durumluluk - Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI) (Ek-3-4), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF TR) (Ek-5), Stoma Yaşam Kalitesi Ölçeğini (SYKÖ) (Ek-6) doldurmuştur.

5.a. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Veri Formu (Ek-1)

Çalışmacılar tarafından hazırlanmış olan bu formla hastaların cinsiyeti, yaşı, medeni hali, kardeş sayısı, çocuk sayısı, eğitim düzeyi, mesleği, aylık gelir seviyesi, ostomi açılmasına neden olan primer hastalığı ve tanı tarihi, ostominin kalıcılığı (geçici / kalıcı), türü (kolostomi / ileostomi / ürostomi), açılma şekli (elektif / acil), ostomi ile yaşam süresi, kemoterapi ve/veya radyoterapi alıp almadığı, ostomi açılmasına neden olan primer hastalıkla ilişkili geçirilmiş operasyon sayısı ve psikiyatrik ilaç tedavisi alıyor olup olmadığı bilgileri toplanmıştır.

5.b. Beck Depresyon Envanteri Soru Formu (BECK-D, Ek-2)

Beck Depresyon Envanteri; Beck, Rush, Shaw ve Emery (56) tarafından 1961 yılında geliştirilmiş, 1978 ve 1996 (57) yıllarında revize edilmiştir. BECK-D ile depresyonda görülen duygusal, somatik, bilişsel ve motivasyonel

belirtilerin ölçülmesi amaçlanmıştır ve ölçek 21 madde içermektedir. 21 maddenin her birinde dört seçenek bulunmaktadır. Her madde 0-3 arasında puan almaktadır ve ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksek oluşu, depresyon düzeyinin yüksekliğini göstermektedir. 0-9 puan aralığı depresyonun bulunmadığını, 10-18 puan arası hafif düzey depresyonu, 19-29 puan arası orta düzey depresyonu ve 30-63 puan arası ağır depresyonu göstermektedir.

Ölçeğin iki formu bulunmaktadır. BECK-D' nin ilk formunun uyarlaması Tegin (58) tarafından yapılmıştır. 1978 formunun ise Türkçe'ye uyarlaması Hisli (59,60) tarafından yapılmıştır.

5.c. Durumluluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI, Ek-3-4)

1970 yılında C.D. Spielberger tarafından geliştirilmiştir (61). Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1985 yılında Öner ve Le Compte tarafından yapılmıştır (62). Grup olarak da uygulanabilen bu ölçeği, ortaokul okuma yazma düzeyinde sahip bireyler yaklaşık 10 dakika içinde tamamlayabilirler.

Ölçeğin her biri 20 maddeden oluşan 2 ayrı alt ölçeği vardır; Durumluk Kaygı Ölçeği, bireyin belirli bir anda ve belirli bir koşulda kendini nasıl hissettiğini belirler. Cevaplandırmada, maddelerin ifade ettiği duyuş, düşünce veya davranışların şiddet derecesine göre "hiç", "biraz", "çok", "tamamıyla" ifadelerinden biri seçilir. Sürekli Kaygı Ölçeği' nde ise bireyin içinde olduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiği belirlenir. Cevaplandırmada sıklık derecesine göre "hemen hiçbir zaman", "bazen", "çok zaman", "hemen her zaman" ifadelerinden biri seçilir. Cevaplar soru formuna işaretlenir ve okuma yazması olmayan ya da yeterli olmayan kişilere uygulayıcı tarafından okunarak sürdürülebilir.

Ölçekte doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadeler vardır. Olumlu duyguları ortaya çıkaran ters ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e çevrilir. Olumsuz duyguları ortaya çıkaran doğrudan ifadelerde 4 değerindeki cevaplar kaygının yüksekliğini gösterir. Tersine çevrilmiş ifadelerde ise 4 değerindeki cevaplar düşük, 1 değerindeki yanıtlar yüksek kaygıyı gösterir. Durumluk kaygı ölçeğinde 10 adet (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20. sorular), sürekli kaygı ölçeğinde ise 7 adet (21, 26, 27,

30, 33, 36, 39. sorular) tersine çevrilmiş ifade vardır. Doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadelerin toplam ağırlıklarının saptanması için 2 ayrı anahtar hazırlanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan, ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkartılır ve bu sayıya değişmeyen bir değer eklenir. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı düzeyini gösterir. Kesme puanı her iki alt ölçek için 45'dir.

5.d. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF (TR), Ek-5)

1993 yılında Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization, WHO) kültürlerarası bir karşılaştırma yapabilmek, uluslararası geçerli ve güvenilir bir yaşam kalitesi değerlendirme aracı geliştirebilmek amacıyla kapsamlı ve geniş çapta bir proje başlatmış ve buna bağlı olarak birçok ölçme aracı oluşturmuştur (örn. WHOQOL-100, WHOQOL-BREF, WHOQOLOLD) (63,64). Halen 15 ülkede ve 12 dilde geçerli olan WHOQOL ölçeği geliştirme projesine ise Türkiye ekibi 1995 yılında katılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre yaşam kalitesi "bireylerin yaşamlarındaki durumlarını içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bağlamında ve amaçları, beklentileri, standartları ve kaygılarıyla ilişkilendirerek algılamaları" olarak tanımlanmaktadır (64,65). Çalışmamızda kullanılan 27 maddelik WHOQOL-BREF ölçeği yaşam kalitesini bedensel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevresel sağlık olmak üzere dört temel boyutta değerlendirir (49,64).

WHOQOL-BREF, Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiş ve 6 alt boyuttan oluşan WHOQOL-100'ün kısa formudur. WHOQOL-100'den 24 bölümün her biri için birer soru çıkartılarak ve genel sağlık ve yaşam kalitesiyle ilgili iki soru eklenerek oluşturulmuştur. 26 maddeden oluşan ve 5'li derecelendirme tipine sahip bu ölçek "1=Hiç memnun değilim, 5=Çok memnunum" şeklinde hazırlanmıştır. Ağrı duyma, uyku, enerji gibi bedensel sağlık, olumlu duygular, özgüven, beden imgesi gibi psikolojik sağlık, sosyal destek, kişisel ilişkiler gibi sosyal ilişkiler ve ekonomik durum, ulaşım, güvenli ortam, sağlık koşulları gibi çevresel sağlık olmak üzere dört alt boyutu bulunmaktadır. Alınan yüksek puan, yüksek yaşam kalitesine işaret

etmektedir. Türkçe uyarlaması Eser ve arkadaşları (49) tarafından gerçekleştirilmiştir. Türkiye adaptasyonunda çevre ile ilgili bir soru daha bulunmakta ve toplam 27 soruyu kapsamaktadır.

5.e. Stoma Yaşam Kalitesi Ölçeği (SYKÖ, Ek-6)

Stoma Yaşam Kalitesi Ölçeği, 2006 yılında Baxter ve ark. (66) tarafından stomalı bireylerin yaşam kalitelerini ölçmek amacıyla geliştirilmiş 21 maddelik bir değerlendirme ölçeğidir. SYKÖ'nin ilk iki maddesi bireyin yaşamından genel memnuniyeti ile ilgilidir ve 0 ile 100 arasında puanlanmaktadır (0:tam memnuniyetsizliği, 100:tam memnuniyeti göstermektedir). Diğer maddeler üç alt boyutta gruplandırılmıştır. Bu boyutlar sırası ile iş/sosyal yaşam (6 madde), cinsellik/beden imajı (5 madde), stoma fonksiyonu (6 madde)'dur. Ölçekte ayrıca hiçbir alt boyuta girmeyen ekonomik durumla ilgili 1 madde ve cilt tahrişi ile ilgili 1 madde bulunmaktadır. Ölçeğin ilk iki maddesi hariç diğer 19 madde 5'li Likert tipindedir (1:asla, 2:nadiren, 3:ara sıra, 4:sık sık ve 5:her zaman). Ölçeğin Baxter ve ark. (66) tarafından geliştirilmiş olan sayısal puanlama sistemi bulunmaktadır. Her bir alt boyut 100 puan üzerinden (0:yaşam kalitesinin kötü, 100:yaşam kalitesinin iyi olduğunu gösterir) değerlendirilmektedir.

Ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışması Karadağ ve ark. (67) tarafından 2011 yılında yapılmıştır. Beş alt boyut ve 19 maddeden oluşan orijinal ölçeğe uygulanan DFA sonucunda elde edilen uyum indeksleri, modelin uyumunun iyi olmadığını ve 14. madde (stoma bakım ürünlerinin teminine ilişkin kaygılarım var) ve 19. maddenin (stomanın çevresindeki cilt tahrişi canımı sıkıyor) modelden çıkartılması gerektiğini göstermiştir. Dolayısıyla bu maddeler ölçekten çıkartılmıştır. Sonuç olarak, 17 maddeden ve 3 alt gruptan oluşan SYKO'nin Türk toplumunda stoma (ileostomi, kolostomi ve ürostomi) açılan yetişkin bireyler için geçerli ve güvenilir olduğu ortaya konmuştur.

6. İstatistiksel Analiz

Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile incelenmiştir. Sürekli değişkenler medyan (minimum : maksimum) ve ortalama \pm standart

sapma değerleriyle ifade edilmiştir. Kategorik değişkenler ise n (%) ile ifade edilmiştir. Normallik testi sonucuna gore iki grup arasında yapılan karşılaştırmalarda Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında ise Fisher-Freeman-Halton testi kullanılmıştır. İstatistiksel analizler için SPSS (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programı kullanılmış olup $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.



BULGULAR

Çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo-1'de, hastalık ve tedavi ile ilgili özellikleri Tablo-2'de gösterilmiştir. Hastaların sosyodemografik, hastalık ve tedavisiyle ilgili özellikleri ile hastalara uygulanan ölçeklerin sonuçları karşılaştırıldı.

Tablo-1: Çalışmaya alınan ostomili hastaların sosyodemografik özellikleri

		n=52
Yaş (yıl)		54 (19:65)
		52,46±11,74
	55 yaş altı	25 (%48,10)
	55 yaş ve üstü	27 (%51,90)
Cinsiyet	Kadın	20 (%38,50)
	Erkek	32 (%61,50)
Medeni hal	Evli	46 (%88,50)
	Bekar	4 (%7,70)
	Dul veya Boşanmış	2 (%3,80)
Kardeş sayısı		4 (1:8)
		4,25±1,94
	3 kardeş ve altı	21 (%40,40)
	4 kardeş ve üstü	31 (%59,60)
Çocuk sayısı		2 (0:5)
		2,34±1,18
	2 çocuk ve altı	31 (%59,60)
	3 çocuk ve üstü	21 (%40,40)
Eğitim düzeyi	Okuma yazma bilen	2 (%3,80)
	İlkokul mezunu	25 (%48,10)
	Ortaokul mezunu	5 (%9,60)
	Lise mezunu	11 (%21,20)

	Üniversite mezunu	9 (%17,30)
	Lise ve üstü	20 (%38,50)
	Ortaokul ve altı	32 (%61,50)
Meslek	Ev hanımı	12 (%23,10)
	Memur	4 (%7,70)
	İşçi	5 (%9,60)
	Çiftçi	4 (%7,70)
	Serbest meslek	6 (%11,50)
	Öğrenci	1 (%1,90)
	Emekli	16 (%30,80)
	İşsiz	4 (%7,70)
Çalışma durumu	Çalışıyor	34 (%65,40)
	Çalışmıyor	18 (%34,60)
Gelir düzeyi	Açlık sınırı altında	7 (%13,50)
	Açlık sınırı ile yoksulluk sınırı arasında	39 (%75)
	Yoksulluk sınırı üstünde	6 (%11,50)

Veriler medyan(minimum:maksimum), ortalama±standart sapma ve n(%) olarak ifade edilmiştir. Açlık sınırı=1523 TL hane halkı toplam geliri. Yoksulluk sınırı=4960 TL hane halkı toplam geliri.

Çalışmaya alınan 52 ostomili hastanın %38,50'si kadın (n=20), %61,50'si (n=32) erkektir. Hastaların medyan yaşı 54 (19:65) yıl olarak bulunmuştur. Hastaların %88,50'si (n=46) evlidir. Hastaların medyan kardeş sayıları 4(1:8), medyan çocuk sayıları 2 (0:5)' dir. Hastaların %48,10'u (n=25) ilkokul mezunudur ve %65,40'ı (n=34) çalışmaktadır. Hastaların %13,50'sinin (n=7) aylık hane geliri 1523 liranın altındadır.

Tablo-2: Çalışmaya alınan ostomili hastaların hastalık ve tedavi özellikleri
n=52

Tanı	Rektum ca	20 (%38,50)
	Kolon ca	8 (%15,40)
	Akut benign hastalıklar	12 (%23,10)
	Kronik benign hastalıklar	6 (%11,50)
	Prostat ca	2 (%3,80)
	Jinekolojik maligniteler	4 (%7,70)
Malignite ve kronisite durumu	Malign	34 (%65,40)
	Benign	12 (%23,10)
	akut benign	12 (%23,10)
	kronik benign	6 (%11,50)
Ostomi kalıcılığı	Geçici	34 (%65,40)
	Kalıcı	18 (%34,60)
Ostomi türü	Kolostomi	22 (%42,40)
	İleostomi	28 (%53,80)
	Kolostomi+ileostomi	1 (%1,90)
	Kolostomi+ileostomi+ürostomi	1 (%1,90)
Ostomi operasyon şekli	Acil	19 (%36,50)
	Elektif	33 (%63,50)
Ostomi ile yaşanan süre (ay)		10 (1:132)
		20,28±26,20
	>=12 ay	22 (%42,40)
	<12 ay	30 (%57,60)
Kemoterapi	Almış	29 (%55,80)
	Almamış	23 (%44,20)
Radyoterapi	Almış	22 (%42,40)
	Almamış	30 (%57,60)
Geçirilmiş operasyon sayısı		1 (1:10)
		1,90±1,54
	>=2 operasyon	24 (%46,20)
	<=1 operasyon	28 (%53,80)
Psikiyatrik tedavi alma durumu	Alıyor	6 (%11,50)
	Almıyor	46 (%88,50)

Veriler medyan(minimum:maksimum), ortalama±standart sapma ve n(%) olarak ifade edilmiştir.

Çalışma grubunun %65,40'ının (n=34) tanısı malignitedir, %34,60'ının (n=18) stoması kalıcıdır, %53,80'inin (n=28) ileostomisi vardır, %36,50'sinin (n=19) stoma açılma operasyonu acil yapılmıştır. Hastaların %55,80'i (n=29) kemoterapi, %42,40'ı (n=22) radyoterapi almıştır. Hastaların ostomi ile yaşıyor olduğu medyan süre 10 (1:132) ay, geçirdiği medyan operasyon sayısı 1 (1:10)'dir, %11,50'si (n=6) görüşme anında psikiyatrik tedavi almaktadır.

Cinsiyet grupları arasında; Beck Depresyon ölçek puanına, depresyon şiddeti dağılımına (hafif, orta, ağır) durumluk kaygı, sürekli kaygı ve toplam kaygı ölçek puanına, WHOQOL-BREF ölçeğinin alt boyutlarına ait puanlarına (bedensel, ruhsal, sosyal, çevresel), SYKÖ'nin genel puanına, 1. ve 2. sorularının ve alt boyutlarının (iş/sosyal yaşam, cinsellik/beden imajı, stoma fonksiyonu) puanlarına göre fark bulunmamıştır. Bu sonuçlar Tablo-3'te gösterilmiştir.

Tablo-3: Çalışmaya alınan ostomili hastalara uygulanan BECK-D, STAI, WHOQOL-BREF ve SYKÖ ölçeklerinin cinsiyetle ilişkisi

Beck depresyon ölçeği puanı (0-63)	Kadın	Erkek	Toplam	p
	n=20	n=32	n=52	
	8,50 (2:30)	9,50 (0:39)	9 (0:39)	0,917
	11,10±7,67	11,15±8,80	11,13±8,30	
Beck depresyon ölçeğine göre depresyon şiddeti				0,928
Sağlıklı (0-9)	11 (%55)	16 (%50)	27 (%51,9)	
Hafif düzey depresyon (10-18)	6 (%30)	9 (%28)	15 (%28,8)	
Orta düzey depresyon (19-29)	2 (%10)	6 (%18,80)	8 (%15,4)	
Ağır düzey depresyon (30-63)	1 (%5)	1 (%3,10)	2 (%3,8)	
STAI	Kadın	Erkek	Toplam	p
Durumluk kaygı ölçeği (20-80)	31 (20:65)	33 (20:70)	32 (20:70)	0,728
	35±13,34	35,50±12,52	35,30±12,71	
Sürekli kaygı ölçeği (20-80)	35,50 (27:60)	38 (25:68)	38 (25:68)	0,77
	39,85±10,13	40,46±9,87	40,23±9,88	

			70,50	
Toplam kaygı puanı (40-160)	65,50 (47:125)	71 (47:138)	(47:138)	0,756
	74,85±22,92	75,96±21,73	75,53±21,98	
WHOQOL-BREF	Kadın	Erkek	Toplam	p
	66,07	71,42	69,64	
Bedensel alt boyut (0-100)	(39,29:89,23)	(14,29:100)	(14,29:100)	0,917
	67,32±14,01	66,07±24,40	66,55±20,87	
	83,33	77,08	81,25	
Ruhsal alt boyut (0-100)	(29,17:100)	(20,83:100)	(20,83:100)	0,591
	77,29±18,90	73,04±21,92	74,67±20,72	
	62,50	58,33	58,33	
Sosyal alt boyut (0-100)	(25:91,67)	(16,67:100)	(16,67:100)	0,538
	63,75±20,99	59,63±24,32	61,21±22,97	
	70,31	67,18	68,75	
Çevresel alt boyut (0-100)	(37,50:93,75)	(21,88:93,75)	(21,88:93,75)	0,313
	70,78±15,68	65,82±16,47	67,72±16,20	
SYKÖ	Kadın	Erkek	Toplam	p
	52,50	63,33	60,69	
Genel puan (0-100)	(28,61:92,50)	(14,17:95,28)	(14,17:95,28)	0,446
	56,61±20,16	59,89±18,89	58,63±19,26	
1.Soru (0-100)	85 (20:100)	80 (0:100)	80 (0:100)	0,185
	79±22,91	71,43±24,78	74,34±24,14	
2.Soru (0-100)	70 (10:100)	80 (0:100)	80 (0:100)	0,36
	64±27,22	70,43±23,96	67,96±25,20	
İş/Sosyal yaşam alt boyutu (0-100)	45,83	52,08	50	
	(20,83:95,83)	(4,17:95,83)	(4,17:95,83)	0,54
	51,04±24,62	51,82±22,82	51,52±23,36	
Cinsellik/Beden imajı alt boyutu (0-100)	50 (30:90)	65 (25:100)	(25:100)	0,237
	57,75±16,42	62,50±19,55	60,67±18,39	
Stoma Fonksiyonu alt boyutu (0-100)	60,41	72,91	68,75	
	(20,83:100)	(8,33:100)	(8,33:100)	0,44
	61,04±25,48	65,36±24,09	63,70±24,48	

Veriler medyan(minimum:maksimum), ortalama±standart sapma ve n(%) olarak ifade edilmiştir.

55 yaşında ve daha yaşlı olan hastalar ile 18-55 yaş aralığında olan hastalar arasında; Beck Depresyon ölçek puanına, depresyon şiddeti dağılımına durumluk kaygı, sürekli kaygı ve toplam kaygı ölçek puanına, WHOQOL-BREF ölçeğinin alt boyutlarına ait puanlarına, SYKÖ'nin genel puanına, 1. ve 2. sorularının ve alt boyutlarının puanlarına göre fark bulunmamıştır.

Evli hastalar ile bekar veya boşanmış/dul olan hastalar arasında; Beck Depresyon ölçek puanına, depresyon şiddeti dağılımına durumluk kaygı, sürekli kaygı ve toplam kaygı ölçek puanına, WHOQOL-BREF ölçeğinin alt boyutlarına ait puanlarına, SYKÖ'nin genel puanına, 1. ve 2. sorularının ve alt boyutlarının puanlarına göre fark bulunmamıştır.

Kardeş sayısı 3 ve daha az olan hastalar ile 4 ve daha fazla olan hastalar arasında; Beck Depresyon ölçek puanına, depresyon şiddeti dağılımına, durumluk kaygı, sürekli kaygı ve toplam kaygı ölçek puanına, WHOQOL-BREF ölçeğinin alt boyutlarına ait puanlarına, SYKÖ'nin genel puanına, 1. ve 2. sorularının ve alt boyutlarının puanlarına göre fark bulunmamıştır.

3 ve daha fazla çocuğu olanların, 2 ve daha az çocuğu olanlara göre medyan SYKÖ 1. soru puanı daha yüksektir.($p=0,022$) Bu sonuçlar Tablo-4'te gösterilmiştir. Beck Depresyon ölçek puanına, depresyon şiddeti dağılımına durumluk kaygı, sürekli kaygı ve toplam kaygı ölçek puanına, WHOQOL-BREF ölçeğinin alt boyutlarına ait puanlarına, SYKÖ'nin genel puanına, 2. sorusunun ve alt boyutlarının puanlarına göre fark bulunmamıştır.

Tablo-4: Çalışmaya alınan ostomili hastalara uygulanan SYKÖ puanlarının çocuk sayısı ile ilişkisi

SYKÖ	2 ve daha az	3 ve daha fazla	p
	çocuklu	çocuklu	
	n=31	n=21	
Genel puan (0-100)	60,55 (22,5:94,44)	63,61 (14,17:95,28)	0,569
	57,42±18,10	60,41±21,20	
1.Soru (0-100)	80 (0:100)	90 (20:100)	0,022
	68,58±25,52	82,85±19,53	
2.Soru (0-100)	70 (0:100)	80 (20:100)	0,449
	65,61±26,02	71,42±24,14	
İş/Sosyal yaşam alt boyutu (0-100)	50 (8,33:95,83)	45,83 (4,17:95,83)	0,955
	51,20±20,89	51,98±27,15	
Cinsellik/Beden imajı alt boyutu (0-100)	60 (25:100)	65 (30:90)	0,298
	58,70±18,21	63,57±18,71	
Stoma Fonksiyonu alt boyutu (0-100)	66,66 (95,83:20,83)	70,83 (100:8,33)	0,66
	62,36±24,28	65,67±25,23	

Veriler medyan(minimum:maksimum), ortalama±standart sapma ve n(%) olarak ifade edilmiştir.

Eğitim seviyesi lise ve üstü olan hastalar ile ortaokul ve altı olan hastalar arasında; Beck Depresyon ölçek puanına, depresyon şiddeti dağılımına durumluk kaygı, sürekli kaygı ve toplam kaygı ölçek puanına, WHOQOL-BREF ölçeğinin alt boyutlarına ait puanlarına, SYKÖ'nin genel puanına, 1. ve 2. sorularının ve alt boyutlarının puanlarına göre fark bulunmamıştır.

Çalışıyor olan hastalar ile çalışmıyor olan olan hastalar arasında; Beck Depresyon ölçek puanına, depresyon şiddeti dağılımına durumluk kaygı, sürekli kaygı ve toplam kaygı ölçek puanına, WHOQOL-BREF ölçeğinin alt

boyutlarına ait puanlarına, SYKÖ'nin genel puanına, 1. ve 2. sorularının ve alt boyutlarının puanlarına göre fark bulunmamıştır.

Gelir seviyesi olarak açlık sınırı altında, açlık sınırı ile yoksulluk sınırı arasında ve yoksulluk sınırı üstünde olan hastalar arasında; Beck Depresyon ölçek puanına, depresyon şiddeti dağılımına durumluk kaygı, sürekli kaygı ve toplam kaygı ölçek puanına, WHOQOL-BREF ölçeğinin alt boyutlarına ait puanlarına, SYKÖ'nin genel puanına, 1. ve 2. sorularının ve alt boyutlarının puanlarına göre fark bulunmamıştır.

Tanısı malign olanların, benign olanlara göre medyan SYKÖ genel puanı ($p=0,019$), 2. soru puanı ($p=0,007$), iş/sosyal yaşam ($p=0,044$) ve stoma fonksiyonu ($p=0,021$) alt boyut puanları daha yüksektir. Bu sonuçlar Tablo-5'te gösterilmiştir. Beck Depresyon ölçek puanına, depresyon şiddeti dağılımına, durumluk kaygı, sürekli kaygı ve toplam kaygı ölçek puanına, WHOQOL-BREF ölçeğinin alt boyutlarına ait puanlarına, SYKÖ'nin 1. sorusunun ve cinsellik/beden imajı alt boyutunun puanlarına göre fark bulunmamıştır.

Tablo-5: Çalışmaya alınan ostomili hastalara uygulanan SYKÖ puanlarının tanıların malign/benign oluşu ile ilişkisi

	Malign tanılı	Benign tanılı	
SYKÖ	n=34	n=18	p
	64,86	54,72	
Genel puan (0-100)	(14,17:95,28)	(22,50:75,56)	0,019
	63,14±19,03	50,10±17,10	
1.Soru (0-100)	80 (0:100)	75 (20:100)	0,074
	78,70±21,79	66,11±26,76	
2.Soru (0-100)	80 (0:100)	50 (10:93)	0,007
	74,88±22,25	54,88±25,83	
İş/Sosyal yaşam alt boyutu (0-100)	52,08	41,66	0,044
	(4,17:95,83)	(8,33:70,83)	
	56,61±24,85	41,89±16,99	
Cinsellik/Beden imajı alt boyutu (0-100)	65 (25:100)	52,50 (30:85)	0,096
	63,82±18,54	54,72±17,01	
Stoma Fonksiyonu alt boyutu (0-100)		58,33	0,021
	75 (8,33:100)	(20,83:87,50)	
	68,99±23,50	53,70±23,73	

Veriler medyan(minimum:maksimum), ortalama±standart sapma ve n(%) olarak ifade edilmiştir.

Tanısı kolon kanseri olan hastalar ile rektum kanseri olan hastalar arasında; Beck Depresyon ölçek puanına, depresyon şiddeti dağılımına, durumluk kaygı, sürekli kaygı ve toplam kaygı ölçek puanına, WHOQOL-BREF ölçeğinin alt boyutlarına ait puanlarına, SYKÖ'nin genel puanına, 1. ve 2. sorularının ve alt boyutlarının puanlarına göre fark bulunmamıştır.

Tanısı akut benign hastalık olanların, kronik benign hastalık olanlara göre medyan WHOQOL-BREF'nin ruhsal alt boyutu puanı (p=0,410), medyan SYKÖ 1. Soru puanı (p=0,032) ve medyan cinsellik/beden imajı (p=0,007) alt boyut puanı daha yüksektir. Bu sonuçlar Tablo-6'da gösterilmiştir.

Tablo-6: Çalışmaya alınan ostomili hastalara uygulanan WHOQOL-BREF ve SYKÖ puanlarının tanılarının akut benign/kronik benign oluşu ile ilişkisi

WHOQOL-BREF	Tanı akut benign	Tanı kronik benign	p
	hastalık	hastalık	
Bedensel alt boyut (0-100)	66,07 (50:89,29)	46,42 (39,29:92,86)	0,213
	68,45±12,26	57,14±23,25	
Ruhsal alt boyut (0-100)	87,50 (50:91,67)	43,75 (20,83:95,83)	0,041
	78,81±14,59	48,61±27,34	
Sosyal alt boyut (0-100)	66,66 (33,33:91,67)	45,83 (25:58,33)	0,053
	67,36±21,15	44,44±13,60	
Çevresel alt boyut (0-100)	71,87 (46,88:90,63)	56,25 (21,88:81,25)	0,151
	71,61±13,74	55,20±23,02	
SYKÖ	Tanı akut benign	Tanı kronik benign	p
	hastalık	hastalık	
Genel puan (0-100)	58,88 (28,61:75,56)	32,63 (22,50:63,61)	0,125
	54,72±15,44	40,87±17,79	
1.Soru (0-100)	80 (40:100)	35 (20:90)	0,032
	77,08±17,89	44,16±29,39	
2.Soru (0-100)	60 (20:93)	45 (10:90)	0,335
	59,41±23,90	45,83±29,39	
İş/Sosyal yaşam alt boyutu (0-100)	43,75 (20,83:70,83)	41,66 (8,33:62,50)	0,616
	43,75±15,74	38,19±20,31	
Cinsellik/Beden imajı alt boyutu (0-100)	65 (40:85)	37,50 (30:60)	0,007
	62,08±14,21	40±12,24	
Stoma Fonksiyonu alt boyutu (0-100)	60,41 (25:87,50)	31,25 (20,83:83,33)	0,335
	58,33±21,46	44,44±27,34	

Veriler medyan(minimum:maksimum), ortalama±standart sapma ve n(%) olarak ifade edilmiştir.

Beck Depresyon ölçek puanına, depresyon şiddeti dağılımına durumluk kaygı, sürekli kaygı ve toplam kaygı ölçek puanına, WHOQOL-BREF ölçeğinin bedensel, sosyal ve çevresel alt boyutlarına ait puanlarına, SYKÖ' nin genel puanına, 2. Sorularının, iş/sosyal yaşam ve stoma fonksiyonu alt boyutlarının puanlarına göre fark bulunmamıştır.

Stoması geçici olan hastalar ile kalıcı olan hastalar arasında; Beck Depresyon ölçek puanına, depresyon şiddeti dağılımına, durumluk kaygı, sürekli kaygı ve toplam kaygı ölçek puanına, WHOQOL-BREF ölçeğinin alt boyutlarına ait puanlarına, SYKÖ'nin genel puanına, 1. ve 2. sorularının ve alt boyutlarının puanlarına göre fark bulunmamıştır.

Kolostomisi olan hastalar ile ileostomisi olan hastalar arasında; Beck Depresyon ölçek puanına, depresyon şiddeti dağılımına, durumluk kaygı, sürekli kaygı ve toplam kaygı ölçek puanına, WHOQOL-BREF ölçeğinin alt boyutlarına ait puanlarına, SYKÖ'nin genel puanına, 1. ve 2. sorularının ve alt boyutlarının puanlarına göre fark bulunmamıştır.

Stoma operasyonu acil yapılan hastalar ile elektif yapılan hastalar arasında; Beck Depresyon ölçek puanına, depresyon şiddeti dağılımına, durumluk kaygı, sürekli kaygı ve toplam kaygı ölçek puanına, WHOQOL-BREF ölçeğinin alt boyutlarına ait puanlarına, SYKÖ'nin genel puanına, 1. ve 2. sorularının ve alt boyutlarının puanlarına göre fark bulunmamıştır.

Stoma ile yaşam süresi 12 ay ve daha uzun olan hastalar ile 12 aydan kısa olan hastalar arasında; Beck Depresyon ölçek puanına, depresyon şiddeti dağılımına, durumluk kaygı, sürekli kaygı ve toplam kaygı ölçek puanına, WHOQOL-BREF ölçeğinin alt boyutlarına ait puanlarına, SYKÖ'nin genel puanına, 1. ve 2. sorularının ve alt boyutlarının puanlarına göre fark bulunmamıştır.

Radyoterapi almış olan malignite tanılı hastaların, almamış olan malignite tanılı hastalara göre medyan SYKÖ cinsellik/beden imgesi ($p=0,031$) alt boyut puanları daha yüksektir. Bu sonuçlar Tablo-7'de gösterilmiştir. Beck Depresyon ölçek puanına, depresyon şiddeti dağılımına, durumluk kaygı, sürekli kaygı ve toplam kaygı ölçek puanına, WHOQOL-BREF ölçeğinin alt boyutlarına ait puanlarına, SYKÖ'nin genel puanına, 1. ve

2. sorularının ve iş/sosyal yaşam, stoma fonksiyonu alt boyutlarının puanlarına göre fark bulunmamıştır.

Tablo-7: Çalışmaya alınan ostomili hastalara uygulanan SYKÖ puanlarının, tanıları malign olan hastalarda radyoterapi alma durumuyla ilişkisi

	Radyoterapi almış olan malignite tanılı hastalar	Radyoterapi almamış olan malignite tanılı hastalar	
SYKÖ	n=22	n=12	p
	68,05	51,94	
Genel puan (0-100)	(14,17:95,28)	(38,33:82,78)	0,127
	70,64±25,73	58,61±22,60	
1.Soru (0-100)	90 (0:100)	80 (50:100)	0,191
	79,54±25,53	70,53±22,74	
2.Soru (0-100)	80 (0:100)	80 (50:100)	0,736
	72,72±26,21	64,46±24,27	
İş/Sosyal yaşam alt boyutu (0-100)	54,16 (4,17:95,83)	47,91 (12,50:95,83)	0,276
	59,65±24,64	45,55±20,81	
Cinsellik/Beden imajı alt boyutu (0-100)	65 (30:100)	55 (25:75)	0,031
	68,86±19,08	54,66±15,58	
Stoma Fonksiyonu alt boyutu (0-100)	77,08 (8,33:100)	72,91 (33,33:87,50)	0,423
	70,64±25,73	58,61±22,60	

Veriler medyan(minimum:maksimum), ortalama±standart sapma ve n(%) olarak ifade edilmiştir.

Kemoterapi almış olan malignite tanılı hastalar ile almamış olan malignite tanılı hastalar arasında; Beck Depresyon ölçek puanına, depresyon şiddeti dağılımına, durumluk kaygı, sürekli kaygı ve toplam kaygı ölçek puanına, WHOQOL-BREF ölçeğinin alt boyutlarına ait puanlarına, SYKÖ' nin

genel puanına, 1. ve 2. sorularının ve alt boyutlarının puanlarına göre fark bulunmamıştır.

Tek operasyon geçirmiş olan hastalar ile 2 ve daha fazla operasyon geçirmiş hastalar arasında; Beck Depresyon ölçek puanına, depresyon şiddeti dağılımına, durumluk kaygı, sürekli kaygı ve toplam kaygı ölçek puanına, WHOQOL-BREF ölçeğinin alt boyutlarına ait puanlarına, SYKÖ' nin genel puanına, 1. ve 2. sorularının ve alt boyutlarının puanlarına göre fark bulunmamıştır.

Psikiyatrik tedavi alıyor olan hastalar ile almıyor olan hastalar arasında; Beck Depresyon ölçek puanına, depresyon şiddeti dağılımına, durumluk kaygı, sürekli kaygı ve toplam kaygı ölçek puanına, WHOQOL-BREF ölçeğinin alt boyutlarına ait puanlarına, SYKÖ' nin genel puanına, 1. ve 2. sorularının ve alt boyutlarının puanlarına göre fark bulunmamıştır.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bizim çalışmamızda; stoma ile yaşayan kadın hastaların (n=20) Beck depresyon ölçeği skorlarının %30'unun hafif düzey, %10'unun orta düzey ve %5'inin ağır düzey depresyon aralığında olduğu; erkek hastaların (n=32) ise %28'inin hafif düzey, %18,8'inin orta düzey ve %3,10'unun ağır düzey depresyon aralığında olduğu bulunmuştur. Tüm grubun (n=52) ortalama Beck depresyon ölçeği skoru $11,13 \pm 8,30$ olarak tespit edilmiştir. Major depresyon için toplumda 12 aylık yaygınlık %6,6, yaşam boyu yaygınlık oranı %16,2 olduğundan (68), çalışmaya katılan ostomili hastalarda Beck depresyon ölçeği sonuçları dikkat çekicidir.

Çalışmamızda durumluk kaygı ölçeği ortalama skoru $35,30 \pm 12,71$, sürekli kaygı ölçeği ortalama skoru $40,23 \pm 9,88$ olarak tespit edilmiş olup hastaların kaygı düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda WHOQOL-BREF ölçeğinin bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alt boyutlarının ortalama skorları sırasıyla $66,55 \pm 20,87$, $74,67 \pm 20,72$, $61,21 \pm 22,97$ ve $67,72 \pm 16,20$ olarak bulunmuş olup, bu sonuçlardan en çok sosyal alanda olmak üzere yaşam kalitesinin her alanda düşük olduğu anlaşılmaktadır.

Stoma ile yaşayan hastaların özel ihtiyaçları ve sorunları için geliştirilmiş olan SYKÖ ve alt boyutları çalışmamızda yer almıştır. Genel puan, iş/sosyal yaşam, cinsellik/beden imajı ve stoma fonksiyonu alt boyutlarının ortalama puanları sırasıyla $58,63 \pm 19,26$, $51,52 \pm 23,36$, $60,67 \pm 18,39$, $63,70 \pm 24,48$ olarak bulunmuştur. Sonuçlar en çok iş/sosyal yaşam alt boyutunda olmak üzere her alanda düşük yaşam kalitesinin göstermektedir. SYKÖ'nin 1. sorusu "Şu anda genel olarak hayatınızın tümünden duyduğunuz memnuniyeti aşağıdaki çizgi üzerinde 0 – 100 arasında derecelendirip bir puanı daire içine alarak işaretleyiniz." ve 2. sorusu "Geçen ay genel olarak hayatınızın tümünden duyduğunuz memnuniyeti aşağıdaki çizgi üzerinde 0 – 100 arasında derecelendirip bir puanı daire içine alarak işaretleyiniz." şeklindedir. Hastaların 1 ve 2. Sorulara verdikleri ortalama puanlar sırasıyla $74,34 \pm 24,14$ ve $67,96 \pm 25,20$

şeklindedir. Bu sonuçlar da hastaların yaşamlarından memnun olmadıklarına işaret etmektedir.

Çalışmamızda, 3 ve daha fazla çocuğu olanların, 2 ve daha az çocuğu olanlara göre; tanısı malign olanların, benign olanlara göre; tanısı akut benign hastalık olanların, kronik benign hastalık olanlara göre ve radyoterapi almış olan malignite tanılı hastaların, almamış olan malignite tanılı hastalara göre yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

3 ve daha fazla çocuğu olanların 2 ve daha az çocuğu olanlara göre daha yüksek SYKÖ 1. Soru puanına ($p=0,022$) sahip olmalarını sosyal destek kavramı ile açıklamak mümkündür. Türkiye' de şehir hayatına hızlı geçiş sürmekle beraber, halen geniş aile biçiminde yaşanan kalabalık evler varlığını sürdürmektedir. Stoma ile yaşayan hastaların çoğu malign (çalışmamızda %65,40) ve kronik benign (çalışmamızda %11,5) hastalıklardan oluşmaktadır. Kronik hastalıkların tükenmişlikle sonuçlanması olasıdır. Dolayısıyla %51,90'ı ilkokul mezunu veya okuryazar, %88,50'sinin aylık hane geliri yoksulluk sınırı altında ve ortalama yaşı $52,46 \pm 11,74$ olan (65 yaş üstü hastalar ek hastalıkları olma olasılığı nedeni ile çalışma dışı bırakılmıştır) bu popülasyon; hastaneye ulaşım, ilaçların ve aparatların temini, maddi destek, sosyal destek, stomanın takip çıkarılması, temizliği ve bakımı gibi pek çok alanda yardıma ihtiyaç duymaktadır. Hastanın eşinin ve çocuklarının desteği ile daha az zorlukla karşılaştığı ve/veya karşılaşılan güçlükler daha kolay atlatıldığı için, çocuk sayısı yaşam kalitesi skorlarını yükseltiyor olabilir.

Benzer biçimde akut benign hastalıkları olanların, kronik benign hastalıkları olanlara kıyasla daha yüksek WHOQOL-BREF ruhsal alt boyutu puanı, SYKÖ 1. soru puanı ($p=0,032$) ve cinsellik beden algısı alt boyutu puanı ($p=0,007$) alması kronik hastalığın zorlayıcı etkisi ile açıklanabilir. Kronisite; daha çok hastane ziyareti, tetkik, tedavi, ilaç kullanımı, komplikasyon ve maddi kayıpla ilişkili olup bu da yaşam kalitesindeki düşmeyi açıklayabilir. Ancak çalışmamızda bunun aksine, malignitesi olan hastaların benign hastalıkları olan hastalara kıyasla daha yüksek yaşam kalitesine işaret eden, SYKÖ genel puanı ($p=0,019$), 2. soru paunu ($p=0,007$),

iş/sosyal yaşam (p=0,044) ve stoma fonksiyonu (p=0,021) alt boyut puanları açısından daha yüksek puanlar elde ettiği tespit edilmiştir. Santos'a göre (69), stomaya adaptasyon sürecindeki hasta; kişilerarası alandaki değişim, duygulanım, sosyal entegrasyon, karşılıklı paylaşım, güvenli bir bağlılık, beceriler açısından yol göstericilik konularında desteklenmeye ihtiyaç duymaktadır. Hasta bu desteği alırsa kişi özbakımında başarılı olup daha yüksek yaşam kalitesi ve özgüvene ulaşmaktadır. Malignitesi olan hastaların görmüş olduğu sosyal destek bu sonucu açıklayabilir. Maligniteli hasta grubunda açılma sıklığı daha yüksek olan kalıcı stomalar uzun vadede bu hastaların stoma ile başetme becerilerini artırıyor olabilir. Çalışmamızda, SYKÖ stoma fonksiyonu alt boyutu medyan puanı kalıcı stomalı hastalarda 79,16 (8,33:91,67), geçici stomalı hastalarda 64,58 (20,83:100) olarak tespit edilmiştir.(p=0,103)

Geng ve ark. (70) çalışmasında erkek hastaların kadın hastalara göre, bekar hastaların evlilere ve boşanmış/dullara göre, dini inancı olanların inançsızlara göre, çalışmakta olanların emeklilere göre, stoma operasyonu sonrası kemoterapi almayanların alanlara göre daha yüksek yaşam kalitesine sahip olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca öz yeterlik, adaptasyon, ve sosyal desteğin de yaşam kalitesine olumlu etkisi gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda yaşam kalitesi ile cinsiyet , çalışma durumu, medeni hal ve kemoterapi alma durumuyla ilişki tespit edilmemiştir. Öz yeterlik, adaptasyon, ve sosyal destek ve dini inanç konuları bizim çalışmamızda yer almamıştır. İnanç konusu çalışmamızda yer almamasına rağmen hastalar ile yapılan görüşmelerde hastalığa karşı kullandıkları savunma düzeneklerinde dini motiflere çokça rastlanmıştır. İleriki çalışmalarda stomalı hastaların dini inançlarının depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi ile ilişkisinin araştırılması önerilir.

Geng ve ark. (70) çalışmasında ostomi ile yaşam süresi ortalaması $43 \pm 56,22$ gün iken, bizim çalışmamızda $20,28 \pm 26,20$ aydır. Stoma operasyonu geçirilmesinden çok kısa süre sonra hastaların çalışmaya alınmasının, hastaların bedensel ve ruhsal olarak stomaya alışmamış olmasının, Geng ve ark. çalışma sonuçlarını etkilemiş olabileceği düşünülmüştür.

Geng ve ark. (70) çalışmasında hastaların %57,60' ı 60 yaşından yaşlı iken bizim çalışmamızda medyan yaş 54 yıl olarak bulunmuş ve 65 yaşından yaşlılar çalışmaya dahil edilmemiştir. Yaşlı bir popülasyonda var olan ya da sonradan ortaya çıkan komorbiditelerin çalışma sonuçlarını etkileyebileceği düşünülmüştür.

Geng ve ark. (70) çalışmasında popülasyonun %17,30'unu çalışanlar oluştururken bizim çalışmamızda popülasyonun %65,40'ı çalışanlardan oluşmaktadır. Aktif çalışma hayatında olan insanların stoma ilişkili fiziksel sorunları daha çok yaşama olasılığı yanında, çalışıyor olmanın sosyal ve ruhsal açıdan olumlu katkısı olacağı düşünülmüştür.

Geng ve ark. (70) çalışmasında hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri ortalaması, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği' ne göre anksiyete skoru ortalaması 12,21 ve depresyon skoru ortalaması 12,26 olup, orta derecede anksiyete ve depresyonu göstermektedir. Bizim çalışmamızda benzer şekilde Beck Depresyon Ölçeği ortalama puanı 11,13'tür ve hafif depresyon düzeyine işaret etmektedir. Durumluk ve sürekli kaygı ölçek skorları ise sırasıyla $35,30 \pm 12,71$ ve $40,23 \pm 9,88$ şeklindedir.

Anaraki ve ark. (71) tarafından İran' da yürütülmüş bir çalışmaya en az 3 aydır stoma ile yaşamakta olan 102 ostomili hasta dahil edilmiş, çalışma 2012 yılında yayınlanmıştır. En sık ostomi tipi %67,6 ile kolostomi iken, bizim çalışmamızda %53,80 ile ileostomidir. Anaraki ve ark. çalışmasında kalıcı ostomi %80,40 iken bizim çalışmamızda %34,60 olarak bulunmuştur. Bu sonuçların nedeni, Anaraki ve ark. çalışmasında en sık tanı kolon kanseri %42,2 iken bizim çalışmamızda rektum kanseri %38,50 olması olabilir. Rektum kanseri operasyonlarında son yıllarda cerrahlar tarafından Abdominoperineal Rezeksiyon (APR) operasyonu yerine Low Anterior Rezeksiyon (LAR) operasyonlarının tercih ediliyor olması geçici ileostomi sayılarını artırıyor gibi görünmektedir.

Anaraki ve ark. (71) kanserli ve kanserli olmayan hastalar arasında yapılan karşılaştırmalarda cinsel doyumun kanserli hastalarda daha düşük olduğunu tespit etmiştir ($p=0,045$). Bizim çalışmamızda ise SYKÖ'nün hem cinsellik/beden imajı alt boyutunda ($p=0,096$), hem de iş sosyal yaşam

($p=0,044$) alt boyutu, stoma fonksiyonu ($p=0,021$) alt boyutu ve genel puanında ($p=0,019$), kanserli olan hastalar kanserli olmayan hastalara göre daha yüksek yaşam kalitesine işaret eden yüksek puanlar almıştır. Bu farklılığın sebebi Anaraki ve ark. cinsel doyumu değerlendirmek için, cevabı var/yok olacak şekilde tek bir soru kullanmış olması olabilir. Ayrıca çalışmamızdaki hasta grubunun; hastalık tanısı, evre ve tedavi özellikleri açısından heterojen bir grup oluşturması buna neden olmuş olabilir.

Anaraki ve ark. (71) tarafından yapılan çalışmada hastalara ostomi nedeniyle depresif olup olmadıkları sorulmuş, kanserli hastaların evet deme oranı %60,8 iken, kanserli olmayan hastaların evet deme oranı %76,2 bulunmuştur ($p=0,190$). Bizim çalışmamızda kanser hastalarında Beck Depresyon Ölçeği skoru 9'un üstünde olanlar %47,1 iken, kanserli olmayan grupta %50'dir ($p=0,283$). Sağlıklı toplum çalışmaları ile karşılaştırıldığında stoma ile yaşayan hastaların psikiyatrik hastalıklara yatkınlığını ortaya koymaktadır.

Yılmaz ve ark. (44) tarafından 2017 yılında yayınlanan, Türkiye'nin batısında yaşayan, en az 4 aydır kolostomi ile yaşayan hasta popülasyonu ile yürütülen, 57 hasta ile çalışılmış olan, deskriptif kesitsel bir çalışmada stomalı hastaların cinsel işlev ve yaşam kalitesi düzeyleri araştırılmıştır. Çalışmaya alınan hastaların ortalama stoma ile yaşam süresi $9,6 \pm 6,4$ ay olarak tespit edilmiştir. Bu süre bizim çalışmamızda $20,28 \pm 26,20$ aydır. Yılmaz ve ark. çalışmasında en sık tanı %64,90'ı kolon kanseridir, bizim çalışmamızda ise en sık tanı rektum kanseridir %38,50. Kalıcı stoma oranı Yılmaz ve ark. çalışmasında %33,30, bizim çalışmamızda %34,60 olup oranlar benzerdir. Yılmaz ve ark. stoma operasyonu sonrasında kemoterapi ve radyoterapi alma oranını %57,90 olarak tespit etmiştir. Bizim çalışmamızda hastaların %55,80'i kemoterapi, %42,40'ı radyoterapi almıştır.

Yılmaz ve ark. (44) çalışmasında, hastaların SYKÖ skorlarından en yüksek iş/sosyal yaşam alt boyutunda ($47,00 \pm 23,66$) iken en düşüğü cinsellik/beden imajı ($43,86 \pm 17,42$) skoru olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda, en yüksek skor stoma fonksiyonu alt boyutunda ($63,70 \pm 24,48$), en düşük skor ise iş/sosyal yaşam ($51,52 \pm 23,36$) alt boyutundadır.

Yılmaz ve ark. SYKÖ cinsellik/beden imajı skorları ile yaş arasında negatif korelasyon tespit etmiştir ($p<0,050$). Bizim çalışmamızda ise SYKÖ cinsellik/beden imajı skorları akut benign hastalığı olanlarda kronik benign hastalığı olanlara kıyasla ($p=0,007$) yüksektir. Ayrıca radyoterapi almış olan malignite hastalarında almamış olanlara kıyasla yüksektir ($p=0,031$). Çalışmamızda radyoterapi almış olan hastaların %4,54'ü, radyoterapi almamış olan hastaların ise %33,33'ü acil olarak opere edildiği tespit edilmiştir. Acil opere edilen hasta ve ailelerinde hastalık fikrine ve stomaya dair ruhsal hazırlık sürecinin gerçekleşmediği düşünülmüştür. Radyoterapi almış olan grupta operasyonların %95,46' sının elektif olarak yapılmış olması, hastanın ve ailesinin sürece daha hazırlıklı olmasını sağlamış olabileceği düşünülmüştür.

Hong ve ark. (42) tarafından Güney Kore popülasyonunda, stomalı hastaların öz değerlendirme tutumlarına stoma ile yaşam süresinin etkisini araştıran prospektif gözlem çalışmasında ortalama yaş $57,5 \pm 13,9$ yıl, örneklemin %35,4'ü kalıcı stoma ile yaşayan hastalardan oluşmuş, çoğunun tanısı malign olup en sık tanı kolon ve rektum kanseri olarak bulunmuştur. Beck-D kullanıldığı çalışmada hem geçici hem de kalıcı stoması olanlarda sağlıklı topluma kıyasla daha depresif duygudurum tespit edilmiş ancak 2 grup arasında fark bulunamamıştır. Bu sonuç bizim çalışmamızda da benzerdir. Hong ve ark. çalışmasında ortalama Beck Depresyon Ölçeği skoru $13,70 \pm 8,80$ olarak bulunurken, ekonomik seviye ile Beck depresyon ölçeği skoru arasında negatif korelasyon ($p=0,013$) bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ortalama skor $11,13 \pm 8,30$ olup sonuç benzerdir ancak çalışmamızda depresyon düzeyi ile gelir seviyesi arasında ilişki tespit edilememiştir.

Hong ve ark. (42) çalışmasında kemoterapi ve radyoterapinin hastaların beden imgesi ve depresyon seviyeleriyle ilişkisi tespit edilmemiştir. Bizim çalışmamızda radyoterapi almış olan malignite tanılı hastalar, almamış olan malignite tanılı hastalara kıyasla SYKÖ'nin cinsellik/beden imgesi alt boyutunda daha yüksek puan elde etmişlerdir ($p=0,031$). Hong ve ark. Beck-D her sorusu için korelasyon incelendiğinde, kalıcı stoması olan hastalar

geçici stoması olanlara kıyasla daha fazla suçluluk hissi ve cinsel ilgide daha fazla azalma göstermişlerdir ($p<0,050$). Ayrıca erkek hastalar, kadın hastalara kıyasla Beck depresyon ölçeği sorularından başarısızlık, anhedoni, cezalandırılıyormuş hissi ve uyku bozukluğu içerikli 4 soruya daha olumsuz yanıtlar vermişlerdir ($p<0,050$). Bizim çalışmamızda Beck depresyon ölçeği soruları için tek tek korelasyon bakılmamıştır.

Sharpea ve ark. (41) tarafından düzenlenen, kolorektal kanserli hastalarda stomalı olan ve olmayanların beden imajı bozukluğu, depresyon ve anksiyete seviyelerini karşılaştırmalı olarak araştıran prospektif çalışma 2010 yılında yayınlanmıştır. Stomalı hastaların ilk vizitte stomasızlara göre daha bozuk beden imajına sahip olduğu ($p=0,001$), 2. Vizitte bu fark artarak sürerken ($p<0.0005$) hastane anksiyete ve depresyon ölçeğinin anksiyete puanında , stomalı hastalar aleyhine fark ortaya çıktığı ($p=0,020$) saptanmıştır. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeğinin depresyon puanında ise gruplar arasında fark bulunamamıştır. Bizim çalışmamızın kesitsel özellikte olması ve kontrol grubunun bulunmaması karşılaştırma yapmayı güçleştiriyor olmakla beraber, yüksek durumluk ve sürekli kaygı puanları ile SYKÖ'nde düşük cinsellik/beden imgesi alt ölçeği skorları, Sharpe ve ark.'nın sonuçları ile benzer özellikler taşımaktadır.

Çalışmamızın kısıtlılıkları; örneklemin ($n=52$) küçük olması, tanı, tedavi ve hastalık evresi açısından heterojen bir hasta grubu ile çalışılmış olması, hasta popülasyonunun duygu dışavurumunun düşük ve inanç sistemleri nedeniyle şikayetlerini dile getirmekte isteksiz olmasıdır. Bu başka bir çalışmanın konusu olmaya adaydır. Çalışmanın güçlü tarafı ise stomanın hastaların depresyon ve anksiyete düzeyleri ile yaşam kaliteleri üzerine etkisi konusunda Türkiye popülasyonunda Psikiyatri bölümü tarafından yapılmış birkaç çalışmadan biri olmasıdır. Ayrıca komorbid hastalıkların ve tedavilerin yükünün ekarte edilmesi için 65 yaş üstü hastaların çalışmaya dahil edilmemiş olması, bu sayede benzer çalışmalara kıyasla daha genç bir hasta grubu ile çalışılmış olması da çalışmanın güçlü tarafıdır.

Sonuç olarak bu çalışmada ostomi ile yaşayan hastaların major depresyon ve anksiyete bozukluklarına yakalanma olasılığının yüksek

olduđu, yařam kalitelerinin dűřűk olduđu tespit edilmiřtir. Daha az çocuđu olan hastaların, tanısı benign olan hastaların, kronik benign hastalıkları olan hastaların, radyoterapi almamıř olan maligniteli hastaların daha dűřűk yařam kalitesine sahip olduđu belirlenmiřtir.

Bu sonuçlara bakıldığında ostomili hastaların primer tanıları, maligniteleri olup olmadığı, almakta olduğu tedaviler ve sosyal destek mekanizmalarının yaşam kalitelerinin etkileyebileceği, bu hastalarda psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkabileceği, bir grup hastada bu senaryonun daha olası olduğu gűrűlmektedir. Hekimlik açısından primer korumanın önemi bu konuda da öne çıkmaktadır. Hastaların ostomi ve bakımı hakkında operasyon öncesi sűreten başlayarak iyi eğitilmesi, yalnızca fiziksel değil ruhsal açıdan da stoma ile yaşama hazır olmalarını sağlayacaktır. Operasyon sonrası dönemde ostomi ile izlenme planı olan hastaların veya halihazırda ostomili olan hastaların izleminde ET hemşiresinin de içinde olduğu cerrahi tedavi ekibinin, ihtiyaı olan hastaları Psikiyatri blűműne konsűlte etmeleri veya yönlendirmeleri erken tanı ve tedavi açısından önemli olup sűrecin daha az stresle ve daha sağlıklı yönetimi açısından uygun olacaktır. Psikiyatri hekimlerinin de bu hasta grubunu değerlendirirken hastaların yaşamlarındaki zorlukları, sosyal destek ihtiyaçları ve psikopatolojiye olan yatkınlıklarını biliyor olmaları, konsűltasyon ve liyezon psikiyatrisi açısından daha doğru tedavi planları yapmalarını sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Ross L, Abild-Nielsen AG, Thomsen BL, Karlsen RV, Boesen EH, Johansen C. Quality of life of Danish colorectal cancer patients with and without a stoma *Support Care Cancer* 2007;15:505-13.
2. Lee GG, Chang HW, Kim JH, Chung KS. Complications of Colostomy. *J Korean Surg Soc* 1997;53:670-5.
3. Sinclair LG Young adults with permanent ileostomies experiences during the first 4 years after surgery. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing* 2009;36(3), 306–16.
4. Gervaz P, Bucher P, Konrad B et al. A prospective longitudinal evaluation of quality of life after abdominoperineal resection. *J Surg Oncol* 2008;97:14-9.
5. Ambe PC, Kurz NR, Nitschke C, et al. Intestinal ostomy—classification, indications, ostomy care and complication management. *Dtsch Arztebl Int* 2018; 115: 182–7.
6. Porrett T, Frost S, Elcoat C. High impact actions for stoma care. *Gastrointestinal Nursing* 2013;8(5):6-7.
7. Lewis SL, Heitkemper ML, Dirksen SR, O'Brien PG, Bucher L, Medical surgical nursing assessment and management of clinical problems. 7th edition. St. Louis, MO: Mosby Elsevier; 2007.
8. Brunnicardi FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Matthews JB, Pollock RE (eds). *Schwartz's Principles of Surgery*. 9th Edition. New York: The McGraw-Hill Companies; 2010.
9. Knowles SR, Cook SI, Tribbick D. Relationship between health status, illness perceptions, coping strategies and psychological morbidity: A preliminary study with IBD stoma patients. *J Crohns Colitis* 2013;7:471-8.
10. Nair CK, George PS, Rethnamma KS et al. Factors affecting health related quality of life of rectal cancer patients undergoing surgery. *Indian J Surg Oncol*. 2014;5:266-73.
11. Wennstrom B, Stomberg MW, Modin M, Skullman S. Patient symptoms after colonic surgery in the era of enhanced recovery—a longterm follow-up. *J Clin Nurs*. 2010;19:666-72.
12. Nichols TR. Quality of life in persons living with an ostomy assessed using the SF36v2: mental component summary: vitality, social function, role-emotional, and mental health. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2016;43:616-22.
13. Vonk-Klaassen SM, de Vocht HM, den Ouden ME, Eddes EH, Schuurmans MJ. Ostomy-related problems and their impact on quality of life of colorectal cancer ostomates: a systematic review. *Qual Life Res*. 2016;25:125-33.
14. Cotrim H , Pereira G. Impact of colorectal cancer on patient and family: implications for care. *Eur J Oncol Nurs*. 2008;12:217-26.
15. MacDonald LD, Anderson HR. Stigma in patients with rectal cancer: a community study. *J Epidemiol Commun Health*. 1984;38:284-90.

16. Kılıç E, Taycan O, Belli AK, Özmen M. Kalıcı ostomi ameliyatının beden algısı, benlik baygısı, eş uyumu ve cinsel işlevler üzerine etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007;18(4):302-10.
17. Follick MJ , Smith TW , Turk DC. Psychosocial adjustment following ostomy surgery. *Health Psychol.* 1984;3:505-17.
18. Wade BE. Colostomy patients: psychological adjustment at 10 weeks and 1 year after surgery in districts which employed stoma care nurses and districts which did not. *J Adv Nurs .* 1990;15:1297-304.
19. Lev-Weisel R , Ziperstein R , Rabau M. Using figure drawing to assess psychological well-being among colorectal cancer patients before and after creation of intestinal stomas: a brief report. *J Loss Trauma.* 2005;10:359-67.
20. Cheung YL , Molassiotis A , Chang AM. The effect of progressive relaxation muscle training on anxiety and quality of life after stoma surgery in colorectal cancer patients. *Psycho-Oncology.* 2003;12:254-66.
21. Krouse R, Grant M, Ferrell B et al. Quality of life in 599 cancer and non-cancer patients with colostomies. *J Surg Res.* 2007;138:79-89.
22. Krouse RS , Grant M , Rawl SM et al. Coping and acceptance: the greatest challenge for veterans with intestinal stomas. *J Psychosom Res.* 2009;66:227-33.
23. Tekkis PP, Cornish JA, Remzi FH, et al. Measuring sexual and urinary outcomes in women after rectal cancer excision. *Dis Colon Rectum* 2009;52(1):46–54.
24. Nordstrom GM, Nyman CR. Living with a urostomy. A follow up with special regard to the peristomal-skin complications, psychosocial and sexual life. *Scand J Urol Nephrol Suppl* 1991;138:247–51.
25. Sideris L, Zenasni F, Vernerey D et al. Quality of life of patients operated on for low rectal cancer: impact of the type of surgery and patients' characteristics. *Dis Colon Rectum* 2005;48(12):2180–91.
26. Manderson L. Boundary breaches: the body, sex and sexuality after stoma surgery. *Soc Sci Med* 2005;61(2):405–15.
27. White CA, Hunt JC. Psychological factors in postoperative adjustment to stoma surgery. *Ann R Coll Surg Engl* 1997;79:3–7.
28. Camilleri-Brennan J, Steele RJ. Quality of life after treatment for rectal cancer. *Br J Surg* 1998;85:1036–43.
29. Borgaonkar MR, Irvine EJ. Quality of life measurement in gastrointestinal and liver disorders. *Gut* 2000;47:444 –54.
30. Blumenfield M, Tiamson MLA. Consultation Liaison Psychiatry, Milano: Lippincott Williams and Wilkins; 2003. 69-71.
31. Tsunoda A, Tsunoda Y, Narita K et al. Quality of life after low anterior resection and temporary loop ileostomy. *Dis Colon Rectum* 2008;51:218-22.
32. Engel J, Kerr J, Schlesinger-Raab A, et al. Quality of life in rectal cancer patients: a four-year prospective study. *Ann Surg* 2003;238:203-13.

33. Krouse RS, Mohler MJ, Wendel CS et al. The VA Ostomy Health-Related Quality of Life Study: objectives, methods, and patient sample. *Curr Med Res Opin* 2006;22:781–91.
34. Carver CS. Enhancing adaptation during treatment and the role of individual differences. *Cancer* 2005;104(suppl):2602–7.
35. Canada AL, Parker PA, de Moor JS et al. Active coping mediates the association between religion/spirituality and quality of life in ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 2006;101:102–7.
36. Krouse RS, Grant M, Wendel CS et al. A mixed-methods evaluation of health-related quality of life for male veterans with and without intestinal stomas. *Dis Colon Rectum* 2007;50:2054–66.
37. Weber TK, Petrelli NJ. Local excision for rectal cancer: an uncertain future. *Oncology* 1998;12:933.
38. Decosse JJ. Quality of life. *J Surg Oncol* 1997;65:231.
39. Ristvedt SL, Trinkaus K. Trait anxiety as an independent predictor of poor health-related quality of life and post-traumatic stress symptoms in rectal cancer. *British Journal of Health Psychology* 2009;14:701-15.
40. Knowles SR, Tribbick D, Connell WR et al. Exploration of health status, illness perceptions, coping strategies, and psychological morbidity in stoma patients. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2014;41(6):573-80.
41. Sharpea L, Patela D, Clarke S. The relationship between body image disturbance and distress in colorectal cancer patients with and without stomas. *Journal of Psychosomatic Research*. 2011;70:395–402.
42. Hong KS, Oh B, Kim E et al. Psychological attitude to self-appraisal of stoma patients: prospective observation of stoma duration effect to self-appraisal. *Annals of Surgical Treatment and Research*. 2014;86(3):152-60.
43. Reese JB, Finan PH, Haythornthwaite JA, Kadan M. Gastrointestinal ostomies and sexual outcomes: a comparison of colorectal cancer patients by ostomy status. *Support Care Cancer*. 2014;22:461–8.
44. Yılmaz E, Çelebi D, Kaya Y, Baydur H. A descriptive, cross-sectional study to assess quality of life and sexuality in Turkish patients with a colostomy. *Ostomy Wound Manage*. 2017;63(8):22-9.
45. Üstündağ H, Demir N, Zengin N, Gül A. Stomalı Hastalarda Beden İmajı ve Benlik Saygısı. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2007;27:522-7.
46. Ferrell B, Grant M, Padilla G et al. The experience of pain and perceptions of quality of life: validation of a conceptual model. *Hospice J* 1991;7:9 –24.
47. Rabin R, de Charro F. EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. *Ann Med* 2001;33:337–43.
48. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF46): I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30:473-83.
49. Eser E, Fidaner H, Fidaner C et al. WHOQOL-100 ve WHOQOL-Bref'in Psikometrik Özellikleri. *3P Dergisi*. 1999;7:23-40.

50. Ren XS, Kazis L, Lee A, et al. Comparing generic and disease specific measures of physical and role functioning. Results from the Veterans Health Study. *Med Care* 1995; 36:155–66.
51. Jenkinson C, Gray A, Doll H, et al. Evaluations of index and profile measures of health status in a randomized controlled trial. Comparison of the medical outcomes study 36 item short form health survey, EuroQol, and disease specific measures. *Med Care* 1997;35:1109–18.
52. Gill TM, Feinstein AR. A critical approach of the quality of quality of life measurements. *JAMA* 1994;272:619–26.
53. Pachler J, Wille-Jorgensen P. Quality of life after rectal resection for cancer, with or without permanent colostomy. *Cochrane Database Syst Rev* 2005:CD004323.
54. Boraii S. A descriptive study to assess quality of life in egyptian patients with a stoma. *Ostomy Wound Management* 2017;63(7):28–33
55. Salomé GM, Almeida SA, Silveira MM. Quality of life and self-esteem of patients with intestinal stoma. *J. Coloproctol. (Rio J.)* 2014; 34(4):231-9.
56. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 1961; 4:561-71.
57. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri W. Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*. 67 (3): 588–97.
58. Tegin B. Depresyonda bilişsel şemalar. (Doktora tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 1980
59. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliği üzerine bir çalışma. *Türk Psikoloji Dergisi* 1988;6:118-26.
60. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 1989;7:3-13.
61. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RD, Vagg PR, Jacobs GA. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.;1970.
62. Öner N, Le Compte A (ed). *Durumluk-sürekli kaygı envanteri el kitabı*. İkinci baskı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları 1985:1-26
63. Saxena S, Carlson D, Billington R, Orley J. The WHO quality of life assessment instrument (WHOQOL-BREF): the importance of its items for cross-cultural research. *Quality of Life Research*. 2001; 10: 711-21.
64. Skevington SM, Lofty M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF Quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial a report from WHOQOL-Group. *Quality of Life Research*. 2004; 13(2): 299-310.
65. World Health Organization. *WHOQOL Study Protocol*. WHO (MNH7PSF/93.9). 1993.
66. Baxter N, Jacobson T, Maidl L, Young-Fadok TM. A stoma Quality of Life Scale. *Dis Colon Rectum* 2006;205-12.

67. Karadağ A, Öztürk D, Çelik B. Ostomili Bireylere Yönelik Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması. Turk J Colorectal Dis 2011;21:173-181.
68. Akiskal HS, Mood disorders: clinical features. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry 2009 Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins. s.1693-733
69. Santos VLCG. Fundamentação teórico-metodológica da assistência aos ostomizados na área da saúde do adulto. RevEsc Enferm USP. 2000;34:59-63
70. Geng Z, Howell D, Xu H, Yuan C. Quality of life in chinese persons living with an ostomy. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2017;44(3):249-56
71. Anaraki F, Vafaie M, Behboo R, et al. Clinical profile and post-operative lifestyle changes in cancer and non-cancer patients with ostomy. Gastroenterol Hepatol Bed Bench 2012;5(Suppl. 1):26-30


EKLER

Ek-1. Sosyodemografik Ve Klinik Özellikler Veri Formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Bedensel Cinsiyet:	K <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
Yaş:	
Medeni Durum:	Evli <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Boşanmış-Dul <input type="checkbox"/>
Varsa Kardeş Sayısı:	
Varsa Çocuk Sayısı:	
Eğitim Düzeyi:	Okur-yazar <input type="checkbox"/> İlkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Üniversite <input type="checkbox"/> Yüksek Lisans ve Üstü <input type="checkbox"/>
Meslek:	Ev Hanımı <input type="checkbox"/> Memur <input type="checkbox"/> İşçi <input type="checkbox"/> Çiftçi <input type="checkbox"/> Serbest <input type="checkbox"/> Öğrenci <input type="checkbox"/> Emekli <input type="checkbox"/> İşsiz <input type="checkbox"/>
Gelir Seviyesi:	1.523 TL'den az <input type="checkbox"/> 1.523-4.960 TL arası <input type="checkbox"/> 4960 TL' den fazla <input type="checkbox"/>
Hastalık Tanısı ve Tanı Tarihi:	
Ostomi Tipi / Türü / Açılma Şekli:	Geçici <input type="checkbox"/> Kalıcı <input type="checkbox"/> Kolostomi <input type="checkbox"/> İleostomi <input type="checkbox"/> Ürostomi <input type="checkbox"/> Elektif <input type="checkbox"/> Acil <input type="checkbox"/>
Ostomi Süresi:	
Kemoterapi:	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>
Radyoterapi:	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>
Geçirdiği Operasyon Sayısı:	

Ek-2. Beck Depresyon Ölçeği (BECK-D)

	ÜÜ-SK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI BECK DEPRESYON ENVANTERİ SORU FORMU		
	Dok.Kodu : FR-HAD-03-429-10	İlk Yay.Tarihi : 02 Mart 2011	Sayfa : 1 / 3
Rev. No : 00	Rev.Tarihi :		

Hasta Adı/Soyadı:
Doğum Tarihi (gün/ay/yıl): / /
Protokol No:

Tarih:

Açıklama: Aşağıda kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son 1 hafta içindeki (şu an dâhil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak size en uygun olan ifadeyi bulunuz ve işaretleyiniz.


1. (a) Kendimi üzgün hissetmiyorum,
(b) Kendimi üzgün hissediyorum,
(c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum,
(d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2. (a) Gelecekte umutsuz değilim.
(b) Gelecek konusunda umutsuzum.
(c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(d) Benim için gelecek olmadığı gibi bu durum düzelmeyecek.
3. (a) Kendimi başarısız görmüyorum,
(b) Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır,
(c) Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığım olduğunu görüyorum,
(d) Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum.
4. (a) Her şeyden eskisi kadar doyum alabiliyorum (zevk alabiliyorum),
(b) Her şeyden eskisi kadar doyum alamıyorum,
(c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir doyum alamıyorum,
(d) Beni doyuran hiçbir şey yok, her şey çok sıkıcı.
5. (a) Kendimi suçlu hissetmiyorum,
(b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim olur,
(c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum,
(d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
6. (a) Cezalandırılmıyormuşum gibi duygular içinde değilim,
(b) Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilmişim gibi duygular yaşıyorum,
(c) Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum,
(d) Bazı şeyler için cezalandırılıyorum.
7. (a) Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım,
(b) Kendimi hayal kırıklığına uğrattım,
(c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum,
(d) Kendimden nefret ediyorum.
8. (a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum,
(b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum,
(c) Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum,
(d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.



Bu doküman Uludağ Üniversitesi Rektörlüğü'ne aittir.
Başkaları tarafından kullanılamaz ve çoğaltılamaz.



Uludağ Üniversitesi,
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 21.11.2017
Karar No : 2017-17/13

	ÜÜ-SK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI BECK DEPRESYON ENVANTERİ SORU FORMU		
	Dok.Kodu : FR-HAD-03-429-10 Rev. No : 00	İlk Yay.Tarihi : 02 Mart 2011 Rev.Tarihi :	Sayfa 2 / 3


9. (a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
 (b) Bazen, kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapamam,
 (c) Kendimi öldürebilmeyi çok isterim,
 (d) Eğer bir fırsatını bulursam kendimi öldürürüm.
10. (a) Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum,
 (b) Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum,
 (c) Şimdilerde her an ağlıyorum,
 (d) Eskiden ağlayabilirdim, şimdilerde istesem de ağlayamıyorum.
11. (a) Eskisine göre daha sinirli ve tedirgin sayılmam,
 (b) Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim,
 (c) Çoğu zaman sinirli ve tedirginim,
 (d) Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim.
12. (a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim,
 (b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim,
 (c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim,
 (d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13. (a) Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum,
 (b) Eskisine kıyasla şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum,
 (c) Eskisine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum,
 (d) Artık hiç karar veremiyorum.
14. (a) Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğumu sanmıyorum,
 (b) Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyör ve üzülüyörüm,
 (c) Dış görünüşümdede artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğumu hissediyörüm,
 (d) Çok çirkin olduğumu düşünüyörüm.
15. (a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyörüm,
 (b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyörüm,
 (c) Ne iş olursa olsun yapabilmek için kendimi çok zorluyörüm,
 (d) Hiç çalışmıyörüm.
16. (a) Eskisi kadar kolay ve rahat uyuyabiliyörüm,
 (b) Şimdilerde eskisi kadar rahat ve kolay uyuyamıyörüm,
 (c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyör ve tekrar uyumakta güçlük çekiyörüm,
 (d) Eskisine göre çok erken uyanıyör ve tekrar uyuyamıyörüm.
17. (a) Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyörüm,
 (b) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyörüm,
 (c) Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyörüm,
 (d) Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yoruluyörüm.
18. (a) İştahım eskisinden pek farklı değil,
 (b) İştahım eskisi kadar iyi değil,
 (c) Şimdilerde iştahım epey kötü,
 (d) Artık hiç iştahım yok.

Uludağ Üniversitesi
 Tıp Fakültesi
 Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
 tarafından onaylanmıştır
 Tarih : 24.11.2017
 Sayfa No : 2017-17/13



Bu doküman Uludağ Üniversitesi Rektörlüğü'ne aittir.
 Başkaları tarafından kullanılamaz ve çoğaltılamaz.



	UU-SK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI BECK DEPRESYON ENVANTERİ SORU FORMU		
	Dok.Kodu : FR-HAD-03-429-10	İlk Yay.Tarihi : 02 Mart 2011	Sayfa : 3 / 3
Rev. No : 00	Rev.Tarihi :		

19. (a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum,
(b) Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim,
(c) Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim,
(d) Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim.
20. (a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
(b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var.
(c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor,
(d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki artık başka bir şey düşünmüyorum.
21. (a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.
(b) Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum,
(c) Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim.
(d) Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.


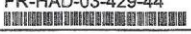
Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 21.11.2017
Karar No : 2017-17/15



Bu doküman Uludağ Üniversitesi Rektörlüğü'ne aittir.
Başkaları tarafından kullanılamaz ve çoğaltılamaz.



Ek-3-4. Durumluluk - Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI)

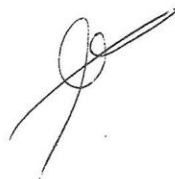
	UÜ-SK DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ		
	Dok.Kodu : FR-HAD-03-429-44 	İlk Yay.Tarihi : 04 Ağustos 2011	Sayfa 1 / 1
	Rev. No : 01	Rev.Tarihi : 21 Ocak 2014	

Hasta Adı/Soyadı:
Doğum Tarihi (gün/ay/yıl): / /
Protokol No:

Uygulama Tarihi:
Uygulayan :

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Bu ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi, ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin fazla zaman sarf etmeksizin, genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1. Şu anda sakınım.	()	()	()	()
2. Kendimi emniyette hissediyorum.	()	()	()	()
3. Şu anda sinirlerim gergin.	()	()	()	()
4. Pişmanlık duygusu içindeyim.	()	()	()	()
5. Şu anda huzur içindeyim.	()	()	()	()
6. Şu anda hiç keyfim yok.	()	()	()	()
7. Başıma geleceklerden endişe ediyorum.	()	()	()	()
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum.	()	()	()	()
9. Şu anda kaygılıyım.	()	()	()	()
10. Kendimi rahat hissediyorum.	()	()	()	()
11. Kendime güvenim var.	()	()	()	()
12. Şu anda asabım bozuk.	()	()	()	()
13. Çok sinirliyim.	()	()	()	()
14. Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum.	()	()	()	()
15. Kendimi rahatlamış hissediyorum.	()	()	()	()
16. Şu anda halimden memnunum.	()	()	()	()
17. Şu anda endişeliyim.	()	()	()	()
18. Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum.	()	()	()	()
19. Şu anda sevinçliyim.	()	()	()	()
20. Şu anda keyfim yerinde.	()	()	()	()




Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 21.11.2017
Protokol No : 2017-47/19



Bu doküman Uludağ Üniversitesi Rektörlüğü'ne aittir.
Başkaları tarafından kullanılamaz ve çoğaltılamaz.



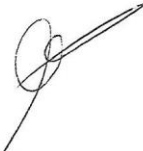
	UÜ-SK SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ		
	Dok.Kodu : FR-HAD-03-429-45	İlk Yay.Tarihi : 04 Ağustos 2011	Sayfa 1 / 1
	Rev. No : 01	Rev.Tarihi : 21 Ocak 2014	

Hasta Adı/Soyadı:
Doğum Tarihi (gün/ay/yıl): / /
Protokol No:

Uygulama Tarihi:
Uygulayan :

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Bu ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi, ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin fazla zaman sarf etmeksizin, genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HEMEN HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	ÇOĞU ZAMAN	HEMEN HER ZAMAN
1.	Genellikle keyfim yerindedir	()	()	()	()
2.	Genellikle çabuk yorulurum	()	()	()	()
3.	Genellikle kolay ağlarım	()	()	()	()
4.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim.	()	()	()	()
5.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	()	()	()	()
6.	Kendimi dinlenmiş hissederim.	()	()	()	()
7.	Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım.	()	()	()	()
8.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim.	()	()	()	()
9.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.	()	()	()	()
10.	Genellikle mutluyum	()	()	()	()
11.	Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim.	()	()	()	()
12.	Genellikle kendime güvenim yoktur.	()	()	()	()
13.	Genellikle kendimi emniyette hissederim.	()	()	()	()
14.	Sıkıntı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.	()	()	()	()
15.	Genellikle kendimi hüzünlü hissederim.	()	()	()	()
16.	Genellikle hayatımdan memnunum.	()	()	()	()
17.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.	()	()	()	()
18.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki, hiç unutmam.	()	()	()	()
19.	Aklı başında ve kararlı bir insanım.	()	()	()	()
20.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni rahatsız eder.	()	()	()	()



Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır
Tarih : 21.11.2017
Karar No : 2017-17/19



Bu doküman Uludağ Üniversitesi Rektörlüğü'ne aittir.
Başkaları tarafından kullanılamaz ve çoğaltılamaz.



Ek-5. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF TR)

WHOQOL-BREF (TR)

SİZİNLE İLGİLİ

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel bir kaç soruyu cevaplamanızı istiyoruz. Lütfen doğru yanıtları yuvarlağa alınız ya da verilen boş yerleri doldurunuz.

Cinsiyetiniz nedir? Erkek Kadın

Doğum tarihiniz nedir? _____ / _____ / _____
GÜN / AY / YIL

Gördüğünüz en yüksek eğitim derecesi nedir? Hiç eğitim almadım
 İlkokul-ortaokul
 Lise veya eşdeğeri
 Yüksek

Medeni durumunuz nedir?
 hiç evlenmemiş evli
 evli gibi yaşıyor ayrılmış boşanmış
 eşi ölmüş

Şu anda bir hastalığınız var mı? evet hayır

Eğer şu anda sağlığınızla ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa, sizce bu nedir?
_____ hastalık / sorun

Açıklama

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. **Lütfen bütün soruları cevaplayınız.** Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, **lütfen size en uygun görünen cevabı** seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygun olacaktır.

Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak gözönüne alınız. Yaşamınızın **son iki haftasını** dikkate almanızı istiyoruz. Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta boyunca başkalarından aldığımız desteğin miktarını en iyi karşılayan rakamı yuvarlağa almalısınız. Buna göre, eğer başkalarından çokça yardım aldıysanız, aşağıdaki gibi 4 rakamını yuvarlağa almanız gerekiyor:

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta içinde, ihtiyacınız olan desteği başkalarından hiç alamadıysanız, 1 rakamını yuvarlağa almalısınız.

Uludağ Üniversitesi,
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır
Tarih : 21.11.2017
Karar No : 2017-17/19

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2 G4	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri ne kadar yaşadığınızı soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde tam olarak yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12 F18.1	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13 F20.1	Günlük yaşamınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	1	2	3	4	5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5

2

Jüdeğ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 24.11.2017
Karar No : 2017-17/15

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde iyi ya da doyurucu bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15 F9.1	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16 F13.3	Uygunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20 F13.3	Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
23 F17.3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24 F19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25 F23.3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri ne sıklıkta hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Arasıra	Çoğunlukla	Her zaman
26 F8.1	Ne sıklıkta hüznü, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
U. 27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde başki ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu?

Bu formun doldurulması ne kadar süre aldı?

Soru formu ile ilgili yazmak istediğiniz görüş var mı?

(Handwritten signature)

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 24.11.2017
Karar No : 2017-17/19

3

Ek-6. Stoma Yaşam Kalitesi Ölçeğini (SYKÖ) (Ek-6)

1. Bölüm
1. Şu anda genel olarak hayatınızın tümünden duyduğunuz memnuniyeti aşağıdaki çizgi üzerinde 0 – 100 arasında derecelendirip bir puanı daire içine alarak işaretleyiniz.
0 tamamen memnuniyetsizliği, 100 tamamen memnuniyeti göstermektedir.
0 ___ 10 ___ 20 ___ 30 ___ 40 ___ 50 ___ 60 ___ 70 ___ 80 ___ 90 ___ 100

2. Geçen ay genel olarak hayatınızın tümünden duyduğunuz memnuniyeti aşağıdaki çizgi üzerinde 0 – 100 arasında derecelendirip bir puanı daire içine alarak işaretleyiniz.
0 tamamen memnuniyetsizliği, 100 tamamen memnuniyeti göstermektedir.
0 ___ 10 ___ 20 ___ 30 ___ 40 ___ 50 ___ 60 ___ 70 ___ 80 ___ 90 ___ 100

Hiçbir soruyu cevapsız bırakmayınız.

İFADELER	Asla 1	Nadiren 2	Ara Sıra 3	Sık sık 4	Her zaman 5
3. Zevk aldığım hobilere katılabiliyorum					
4. Arkadaşlarımla dışarı çıkabiliyorum					
5. Stomam okulu devam etmeme veya çalışmama engel oluyor					
6. Stomam yüzünden seyahat etmek konusunda endişem oluyor					
7. Cinsel aktiviteden zevk alıyorum					
8. Kendimi çekici hissediyorum					
9. Cinsel partnerim (eş/arkadaş) stomamdan sıkıntı duyuyor					
10. Başkalarının stomanı öğrenmesi beni rahatsız ediyor					
11. Torbamı boşaltmaya ihtiyaç duyduğum zaman gizliliğimin sağlandığı bir alanın olmamasından endişe duyuyorum					
12. Habiselerimin içinde kendimi rahat hissediyorum					
13. Yediğim yiyeceklerden memnunum					
14. Koku problemim var					
15. Bir arkadaşım ya da aile üyelerinden biriyle stomam hakkındaki duygularımı ve endişelerimi paylaşabiliyorum					
16. Gaz çıkışından utanıyorum (sesli gaz çıkışı ya da torbanın hızlı doluşu)					
17. Stoma malzemesinden sızıntı olacağından endişe duyuyorum					
18. Sosyal ortamlar sıkıntı duyuma sebep oluyor					
19. Ameliyattan önce yaptığım ev işlerini ve aile görevlerini yerine getirebiliyorum					



Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 24.11.2017
Karar No : 2017-47/19

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan Prof. Dr. Selçuk Kırılı, Prof. Dr. Aslı Sarandöl, Doç. Dr. E. Yusuf Sivrioğlu, Prof. Dr. Cengiz Akkaya ve Prof. Dr. Saygın Eker'e, rotasyonlarım süresince eğitimime katkısı bulunan öğretim üyelerine ve hekim arkadaşlarıma, tezime desteği için Genel Cerrahi Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Özgen Işık'a, tezimin verilerini titizlikle değerlendiren Biyoistatistik Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Gökhan Ocakoğlu'na, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'ndaki tüm hekim arkadaşlarıma, hemşire ve personelimize, beni yetiştiren ve daima destek olan aileme ve eşime teşekkür ederim.

ÖZGEÇMİŞ

1990 yılında Bursa'da doğdum. İlköğrenimimi Süleyman Cura İlköğretim Okulu'nda tamamladım. Lise eğitimimi Bursa Anadolu Lisesi'nde tamamladım. 2008 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İngilizce Tıp bölümünde öğrenime başladım ve 2014 yılında mezun olarak tıp doktoru diplomasını aldım. Kasım 2014 tarihinde Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimime başladım. Uzmanlık eğitimim süresince Bilişsel Davranışçı Terapi eğitimi almaya başladım. Temmuz 2018 tarihinden bu yana evliyim. İleri düzeyde İngilizce ve orta düzeyde Almanca bilmekteyim.